



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

A ESPECIFICIDADE DO CUIDAR NA RELAÇÃO ENFERMEIRO - TOXICODEPENDENTE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Maria Cristina da Silva Amorim

LISBOA, 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

A ESPECIFICIDADE DO CUIDAR NA RELAÇÃO ENFERMEIRO - TOXICODEPENDENTE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Maria Cristina da Silva Amorim

Sob orientação da Professora Alexandra Sarreira Santos

LISBOA, 2010

RESUMO

A droga tem-se transformado num dos principais problemas de saúde pública nos países desenvolvidos. A comunidade internacional tem desenvolvido políticas e concentrado esforços, no sentido de minorar a dimensão do tráfico e consumo de droga e resolver os seus aspectos transversais. O Plano de Acção da UE em matéria de Luta contra a Droga (2009-2012), alerta para a necessidade de fazer mais para reduzir o impacto dos problemas de saúde, sociais, económicos e de desenvolvimento causados pelo consumo de droga.

Tratando-se de uma área altamente específica e complexa, aos enfermeiros é-lhes exigido que estejam cada vez mais bem preparados, no sentido de possuir conhecimentos sobre os factores implicados nesta doença, assim como conhecer e aplicar estratégias de intervenção mais eficazes.

Este Relatório pretende dar a conhecer as actividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado no âmbito do curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O primeiro capítulo apresenta uma panorâmica da actual situação na Europa no que se refere à problemática da droga e da toxicodependência, assim como os esforços desenvolvidos pela comunidade internacional para fazer frente a esta situação. Seguidamente é feita uma abordagem de diversas temáticas que influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nesta área específica das toxicodependências, tais como: a Vertente Relacional dos Cuidados de Enfermagem, o Processo de Enfermagem, a Consulta de Enfermagem, a Educação para a Saúde, a Entrevista Motivacional e as Técnicas de Relaxamento. Este capítulo termina com uma abordagem do processo de Reabilitação e Reinserção das pessoas com doença mental e/ou com problemas de toxicodependência.

O segundo capítulo está organizado no sentido de dar resposta aos objectivos traçados no projecto de estágio, assim como proceder a uma reflexão crítica das actividades desenvolvidas que contribuíram para a consolidação de competências profissionais.

Palavras chave: Relação Interpessoal; Educação para a Saúde; Entrevista Diagnóstica de Enfermagem; Intervenções de Enfermagem; Toxicodependência.

ABSTRACT

Drugs has become a major public health problems in the developed countries. The international community has developed policies and concentrated efforts to alleviate the dimension of trafficking and consumption of drugs and solve their cross-cutting aspects. The EU action plan on drugs (2009-2012), alert to the need to do more to reduce the impact of health problems, social, economic and development caused by drug use.

Being a highly specific and complex area, it is required that nurses should increase their preparation, to have knowledge about the factors involved in this disease and apply the most affective intervention. This report informs the activities along the stage conducted within the specialization in Nursing of mental health and Psychiatry.

The first chapter presents an overview of the current situation in Europe in regard to drugs and drug addiction, as well as efforts by the international community to confront this situation. Then there is a thematic approach to various themes that influate the quality of nursing care provided in this specific area of addictions, such as: the relational aspect of nursing, nursing, Nursing query, health education, the interview and Motivacional and Relaxation techniques. This chapter ends with a discussion of the process of rehabilitation and reintegration of people with mental illness and/or with drug problems.

The second chapter is organized to meet the objectives in the draft stage, as well as ensure critical activities that contributed to the consolidation of skills.

Keywords: Interpersonal Relationship; Health Education; Nursing Diagnosis Interview; Nursing Interventions; Addiction.

Quando estou em relação com uma pessoa que vive um grande sofrimento, as minhas palavras e os meus gestos fazem de mim um “barqueiro” que, por um momento, suporta o outro e o ajuda a atravessar este momento difícil.

PHANEUF, 2005

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração de algumas pessoas que merecem a minha estima e apreço. Por isso, quero expressar os meus sinceros agradecimentos a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a sua realização.

À Delegação Regional do Algarve do IDT, na pessoa da Enfermeira Marina Antão, que tornou possível a realização deste estágio. Pela sua disponibilidade na coordenação e integração das diversas equipas técnicas;

Ao Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, porque me proporcionou condições para a realização deste trabalho.

Aos elementos das diversas equipas técnicas do CRI Algarve e da Unidade de Desabilitação. Em especial ao Enfermeiro Rebelo, coordenador de enfermagem da Unidade de Desabilitação, pelas orientações prestadas que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À Dra. Ana Paula Neto, pelo incentivo, apoio, dedicação e disponibilidade, demonstrados em todos os momentos.

À Professora Alexandra Sarreira Santos, orientadora deste trabalho, pelo seu apoio, disponibilidade e sábias orientações.

Em particular ao Zé, à Inês e à Ana, que me apoiaram, compreenderam e perdoaram as minhas ausências.

A todos os que não mencionei e que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAT - Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI - Centro de Respostas Integradas

CT - Comunidade Terapêutica

DRAL - Direcção Regional do Algarve

DTR - Departamento de Tratamento e Reinserção

EISP – Enseñanzas de investigaciones sobre prevención

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

ETET – Equipa Técnica Especializada de Tratamento

ETEP – Equipa Técnica Especializada de Prevenção

ETER – Equipa Técnica Especializada de Reinserção

EU – European Union

EUA – Estados Unidos da América

EpS – Educação para a Saúde

GIES – Grupo de Intervenção no Ensino Superior

IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

MBP – Manual de Boas Práticas

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

NIDA - National Institute of Drug Abuse

OE – Ordem dos Enfermeiros

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

PA – Plano de Actividades

SIECE – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

SPA – Substâncias Psicoactivas

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UD - Unidade de Desabilitação

UDTS - Unidade de Dispensa de Terapêutica de Substituição

UE – União Europeia

ÍNDICE

	Página
0 - INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 A toxicodependência na Europa	12
1.2 Resposta aos problemas de droga na Europa	15
1.3 A relação enfermeiro-doente	17
1.3.1 Evolução histórico-paradigmática	17
1.3.2 A relação como intervenção terapêutica	19
1.4 O processo de Enfermagem	21
1.4.1 Avaliação Inicial	21
1.4.2 Diagnóstico	22
1.4.3 Planeamento	22
1.4.4 Execução/Intervenção	23
1.4.5 Avaliação Final	24
1.5 A Consulta de Enfermagem	24
1.6 A Educação para a Saúde	25
1.6.1 Psicoeducação	25
1.7 Entrevista motivacional	26
1.8 As Técnicas de Relaxamento	28
1.9 Reabilitar para Reinserir	32
1.9.1 Reabilitação Psicossocial	32
1.9.2 Reinserção	33
2 Contextos clínicos	35
2.1 Primeiro objectivo	35
2.1.1 Equipa Técnica Especializada de Prevenção (ETEP)	36
2.1.2 Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET)	37

2.1.3	Unidade de Dispensa de Terapêutica de Substituição (UDTS)	38
2.1.4	Equipa Técnica Especializada de Reinserção (ETER)	39
2.2	Segundo objectivo	41
2.2.1	Equipa Técnica Especializada de Prevenção (ETEP)	42
2.2.2	Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET)	46
2.2.3	Equipa Técnica Especializada de Reinserção	48
2.3	Terceiro objectivo.....	50
2.3.1	Entrevistas Diagnóstica de Enfermagem e Motivacional	51
2.3.2	Técnica de Relaxamento.....	54
2.3.3	Sessão de Educação para a Saúde	55
2.4	Quarto objectivo	57
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
	ANEXO I – Caracterização do IDT	66
	ANEXO II - Relação de Ajuda - Norma	67
	ANEXO III - Educação para a Saúde - Norma	69
	ANEXO IV - Projecto “Redução de Riscos em Contexto Académico”	74
	ANEXO V- Sionopse do Programa Atlante.....	76
	ANEXO VI - Programa “Eu e os Outros”.....	78
3.1.1	Projecto Eu e Os Outros.....	78
	ANEXO VII - Dados sociodemográficos dos utentes	80
	ANEXO VIII - Dados de consumo dos utentes	83
	ANEXO IX - Dados de actividade da Equipa de Reinserção.....	85
	ANEXO X - Questionários de avaliação do Programa “Eu e os Outros”	98
	ANEXO XI – Intervenção na Semana Académica	107
	ANEXO XII - Norma do “Processo de Acolhimento” no IDT.....	108
	ANEXO XIII - Entrevistas Diagnósticas	110
	ANEXO XIV - Exercício para o Balanço Decisional.....	127

ANEXO XV - Texto de apoio da sessão de relaxamento	128
ANEXO XVI - Síndrome de Privação - Avaliação	130
ANEXO XVII - Sessão de Educação para a Saúde	132
ANEXO XVIII - Questionário CAGE	144
ANEXO XIX - Questionário de avaliação da sessão	145
ANEXO XX - Decreto-Lei n. 221/2007 de 29 de Maio	146
ANEXO XXI – Formação “Redução de Riscos em Contexto Académico”	149
ANEXO XXII - Formação Profissional	150

0 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da disciplina Relatório, do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Com a apresentação deste relatório pretendo descrever as actividades realizadas ao longo das 21 semanas, relativas aos três módulos de estágio, que decorreu no Centro de Respostas Integradas (CRI) e na Unidade de Desabilitação (UD), da Delegação Regional do Algarve, do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

A escolha do local de estágio é um momento extremamente importante pois, como afirma Abreu (2007: 13), “a formação em contexto clínico faculta o desenvolvimento de competências clínicas (gerais e especializadas), a integração da teoria na prática, criação de disposições para a investigação, socialização profissional e formação de identidade profissional, através da sucessão de experiências socioclínicas e identificação de «modelos» profissionais”.

Esta escolha foi o culminar de uma necessidade, que há muito vinha sentindo, e que provinha da minha experiência profissional num serviço de psiquiatria de um hospital geral. Os enfermeiros que trabalham em serviços de psiquiatria geral têm, por vezes, pouca ou nenhuma experiência na prestação de cuidados a pessoas toxicodependentes, o que compromete a qualidade dos cuidados prestados.

Como refere o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016, é frequente a comorbidade entre doenças mentais e perturbações ligadas ao abuso de álcool e drogas sendo que, muitas vezes, os cuidados a problemas relacionados com o abuso e dependência de álcool e drogas são prestados a nível dos serviços de saúde mental.

Num estudo realizado por Lopes (1999), “os resultados mostraram que indivíduos da comunidade com diagnóstico de abuso/dependência de drogas apresentavam uma prevalência de comorbidade com outros distúrbios psiquiátricos de 53%”. Alguns autores apontam para a existência de um “risco dobrado de desenvolvimento de abuso/dependência de drogas em adultos jovens com história precoce de distúrbios depressivos ou de ansiedade” (Robins e Pryzbeck, 1985; Helzer e Pryzbeck, 1988, *in* Lopes 1999).

Considerarei, assim, pertinente a realização deste estágio de especialização em saúde mental e psiquiátrica, na área da toxicodependência. Esta opção prende-se com o facto de se tratar de

uma área específica e complexa, cada vez mais abrangente, em que o profissional de enfermagem especialista em saúde mental e psiquiatria deve possuir elevadas competências, no sentido de intervir de forma mais adequada junto da pessoa/família e comunidade.

A escolha do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), para realização deste estágio prende-se com o facto de esta ser a entidade de referência a nível nacional, com reconhecimento internacional, para a intervenção nas condutas aditivas (Anexo I)

Cuidar, em contextos de toxicodependência, assume contornos muito específicos. O Manual de Boas Práticas de Enfermagem, no IDT, preconiza a Relação de Ajuda e a Educação para a Saúde como estratégias cuidativas no que se refere a cuidados e enfermagem (anexo II e III).

Tendo os cuidados de enfermagem como objectivo ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional (nº 1, artigo 4, REPE, 1996), estes cuidados têm por fundamento a interacção enfermeiro e utente (nº nº 1, artigo 5º, REPE, 1996). Por tudo isto, durante o estágio de especialização em saúde mental e psiquiatria, optei por uma abordagem centrada no relacionamento interpessoal e na educação para a saúde.

Concluído o estágio, emerge a necessidade de reflexão, análise crítica e partilha de todo o processo vivenciado, sob o ponto de vista pessoal e profissional.

Com a elaboração deste relatório pretendo:

- Descrever as intervenções de enfermagem desenvolvidas;
- Reflectir sobre a experiência e conhecimentos adquiridos;
- Auto-avaliar as experiências vividas e as competências desenvolvidas.

Este relatório consta de duas partes. A primeira é constituída pelo enquadramento teórico, em que é feita uma revisão da actual situação na Europa no que se refere à problemática da droga e da toxicodependência, assim como os esforços desenvolvidos pela comunidade internacional para fazer frente a esta situação. Seguidamente é feita uma abordagem de diversas temáticas que influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nesta área específica das toxicodependências.

O segundo capítulo está organizado no sentido de dar resposta aos objectivos traçados no projecto de estágio, assim como proceder a uma reflexão crítico-reflexiva das actividades desenvolvidas que contribuíram para a consolidação de competências profissionais.

O presente trabalho foi elaborado de acordo com o “Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos” da Escola Superior Politécnica de Saúde, 2007, da Universidade Católica Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo apresenta uma panorâmica da actual situação na Europa, no que se refere à problemática da droga e da toxicodependência assim como os esforços desenvolvidos pela comunidade internacional para fazer frente a esta situação.

De seguida é feita uma abordagem de diversas temáticas que influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nesta área específica das toxicodependências. Após reflectir sobre a vertente relacional dos cuidados de enfermagem e seus fundamentos teóricos, debruçamo-nos sobre outros aspectos que sustentaram as intervenções de enfermagem implementadas ao longo deste estágio. Começamos pelo Processo de Enfermagem enquanto fundamento do ensino, da prática e da investigação em enfermagem, proporcionando uma metodologia pela qual o enfermeiro presta cuidados, usando uma abordagem sistemática-científica. Seguem-se outros temas como a Consulta de Enfermagem, a Educação para a Saúde, a Entrevista Motivacional e as Técnicas de Relaxamento.

Este capítulo termina com uma abordagem de alguns aspectos ligados à temática da Reabilitação e da Reinserção, as quais são assumidas actualmente como intervenções fundamentais no processo de cuidados às pessoas com doença mental e/ou problemas de toxicodependência.

1.1 A toxicodependência na Europa

“Poucos comportamentos humanos têm consequências de alcance tão extensos quanto aqueles do indivíduo dependente de substâncias químicas. Além de afectar seu próprio bem-estar físico, emocional e social, (...) afecta também o bem-estar da sua família e o da sociedade em geral” (Taylor, 1992: 265).

O consumo e o tráfico de drogas ilegais são fenómenos que ameaçam a saúde e a estabilidade social. As estatísticas mostram que aproximadamente um em cada três jovens europeus já experimentou uma droga ilegal e que, a cada hora que passa, morre um cidadão europeu, vítima de overdose de droga (OEDT, 2009).

Segundo Becoña (1999), citada por Moreira (2002), a droga tem-se transformado no principal problema de saúde pública nos países desenvolvidos. A dimensão do problema da droga espelha-se no facto de a comunidade internacional ter chamado a si a abordagem e

concentração de esforços no sentido de minorar a dimensão do tráfico e consumo de droga e resolver os seus aspectos transversais.

De um modo geral, o debate político europeu evolui no sentido de considerar que as actividades de combate ao tráfico devem dar prioridade à oferta e não ao consumo. Reflectindo esta tendência, as infracções relacionadas com a oferta são comumente punidas com penas de prisão. No entanto, raramente são aplicadas penas de prisão por consumo ou posse de droga (OEDT, 2009).

Em Portugal, em que o consumo de drogas foi descriminalizado, a situação é algo diferente. As pessoas encontradas na posse de droga são directamente encaminhadas para um tribunal especial, denominado “Comissão de Dissuasão da Toxicodependência”, onde as suas necessidades são avaliadas. Este tribunal pode aplicar coimas, mas a aplicação de sanções penais não é o seu objectivo.

O objectivo da dissuasão é, no âmbito de um processo de contra-ordenação, prevenir e reduzir o uso e abuso de drogas, identificar situações de consumos ocasionais que careçam de apoio especializado, promover a saúde em geral e combater a exclusão social através de um trabalho em rede, com as autoridades policiais, instituições de saúde, tribunais e governos civis. O consumidor/toxicodependente passa a ser encarado mais como um doente que importa tratar, mas continua a ser responsabilizado por ter um comportamento ilícito e punível. Não há lugar ao registo criminal, mas o indiciado fica com registo da contra-ordenação e das medidas ou sanções que lhe forem aplicadas (www.idt.pt).

Os serviços de saúde ao dispor dos consumidores de droga na Europa estão cada vez mais diversificados e são prestados no âmbito de um pacote integrado de cuidados. Os maiores progressos verificaram-se no domínio do tratamento e substituição dos opiáceos em que, segundo dados da OEDT (2009), a população que recebeu tratamento de substituição ronda as 650 000 pessoas e tende a crescer.

No caso das drogas que não opiáceos, indica a mesma fonte, os cuidados eficazes estão menos desenvolvidos. Contudo, tem surgido um número crescente de projectos de investigação e de programas-piloto europeus relativos às necessidades de tratamento dos consumidores de estimulantes e de cannabis. Por outro lado, os progressos das neurociências, têm contribuído para uma melhor compreensão dos mecanismos biológicos da dependência, abrindo passo a projectos inovadores como o da vacina contra a cocaína, que está a ser objecto de ensaio na Europa.

Segundo as estimativas da OEDT (2009), a taxa de prevalência ao longo da vida na população entre os 15 e os 64 anos é de 74 milhões para a cannabis (22% dos adultos europeus); 13

milhões para a cocaína (3,9% dos adultos europeus); 10 milhões para o ecstasy (3,1% dos adultos europeus); 12 milhões para as anfetaminas (3,5% dos adultos europeus) e entre 1,2 e 1,5 milhões de europeus.

De acordo com a mesma fonte, as mortes induzidas pela droga correspondiam a 4% das mortes de europeus entre os 15 e os 39 anos de idade, tendo sido encontrados opiáceos em cerca de três quartos dos casos. A heroína continua a ser responsável pela maior percentagem de morbilidade e mortalidade relacionadas com o consumo de droga na Europa.

Actualmente, a nível a Europa, somos confrontados com um outro fenómeno que é o policonsumo de droga. Este padrão tornou-se norma e os resultados do relatório da OEDT (2009) não deixa dúvidas a este respeito, além de aumentar o risco de problemas agudos, prenuncia o desenvolvimento posterior de um hábito de consumo crónico de droga. Por outro lado, entre os consumidores mais velhos e regulares, o policonsumo é um dos factores que mais contribui para a overdose, além de dificultar o tratamento da toxicod dependência.

Situação em Portugal

Em Portugal, o primeiro inquérito sobre o consumo de droga dirigido à população em geral foi realizado em 2001. Abrangia uma amostra de 15 000 indivíduos representativos da população portuguesa. Os resultados revelaram que 7,8% dos inquiridos com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos tinham consumido, pelo menos uma vez na vida, uma droga ilegal (taxa de prevalência ao longo da vida).

O segundo inquérito nacional, realizado entre a população em geral em 2007, abrangeu uma amostra de 12 202 indivíduos representativos da população portuguesa. Os resultados indicam que 12% dos inquiridos na faixa etária dos 15 aos 64 anos tinham consumido uma droga ilegal pelo menos uma vez na vida (OEDT, 2009).

Constata-se um aumento da taxa de prevalência ao longo da vida de 7,8% (2001) para 12% (2007). A cannabis surge como a substância mais referida nos dois inquéritos. Também se constata uma percentagem mais elevada de indivíduos do sexo masculino entre os que referiram ter consumido drogas pelo menos uma vez na vida.

A “Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga” portuguesa, de 1999, definiu os objectivos gerais no domínio da droga e está a ser actualmente executada através do “Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicod dependências 2005-2012”, centrado em quatro ideias principais: proximidade geográfica, abordagens e respostas integradas, concentração no cidadão e melhoria da qualidade e dos mecanismos de acreditação. O objectivo definido para o plano

nacional consiste em reduzir significativamente o consumo de droga na população e as suas consequências negativas em termos sociais e sanitários (OEDT, 2009).

1.2 Resposta aos problemas de droga na Europa

O Plano de Acção da UE em matéria de Luta contra a Droga (2009-2012), alerta para a necessidade de “fazer mais para reduzir o impacto dos problemas de saúde. Sociais, económicos e de desenvolvimento causados pelo consumo de droga” e identifica cinco prioridades:

- Melhorar a coordenação e cooperação e sensibilizar os cidadãos;
- Redução da procura de droga;
- Redução da oferta de droga;
- Aumentar a cooperação internacional;
- Melhor compreensão do problema.

Em relação ao segundo ponto – redução da procura de droga – o documento preconiza uma melhoria da capacidade, qualidade e eficácia dos serviços de prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção.

Prevenção

A prevenção da droga pode dividir-se em diversos níveis ou estratégias, que vão desde as acções direccionadas para a sociedade em geral (prevenção universal) até às acções centradas nas pessoas em risco (prevenção selectiva e específica) (OEDT, 2009).

Tratamento

As principais modalidades de tratamento da toxicodependência utilizadas na Europa são as intervenções psicossociais, a substituição de opiáceos e a desintoxicação. As intervenções psicossociais incluem aconselhamento, aumento da motivação, terapia cognitivo-comportamental, gestão de casos, terapia de grupo, terapia familiar e prevenção de recaídas. É nestas intervenções que assenta todo o tratamento, seja em regime de ambulatório, de internamento ou tratamento de substituição de opiáceos. A desintoxicação é uma intervenção a curto prazo, que visa resolver os problemas de abstinência associados ao consumo crónico de droga. É geralmente feito em regime de internamento (OEDT, 2009).

Redução de Danos

A redução de danos constitui um objectivo de saúde pública em todos os Estados-Membros da União Europeia (OEDT, 2009). Entre as principais intervenções neste domínio figuram o

tratamento de substituição de opiáceos e os programas de troca de agulhas e de seringas, que visam combater as mortes por *overdose* e a propagação de doenças infecto-contagiosas.

Reinserção Social

A reinserção social é uma componente essencial das estratégias de luta contra a droga. Pode ter lugar em qualquer fase do consumo de droga e em diferentes contextos e inclui o desenvolvimento de capacidades, a melhoria das aptidões sociais, medidas para facilitar e promover o emprego e para obter ou melhorar a habitação (OEDT, 2009).

Em Portugal, a política no âmbito da luta contra a droga e a toxicodependência consagra uma abordagem equilibrada, pluridisciplinar e integrada do fenómeno (PNCDT, 2005-2012). O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) está encarregado de aplicar a estratégia nacional e o plano de acção e tem por missão garantir a unidade intrínseca do planeamento, da concepção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção.

1.3 A relação enfermeiro-doente

1.3.1 Evolução histórico-paradigmática

A dimensão relacional emerge como uma vertente dos cuidados de enfermagem, cada vez mais valorizada. Da tecnicidade centrada na doença, no início do século XX, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados.

Kérrouac e tal (1996) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem verificando que a sua evolução tem a ver com a predominância das ideias e valores inerentes a uma determinada época. Estes autores consideram que a disciplina de enfermagem, enquanto tal, passou por três paradigmas a que atribuíram o nome de: categorização, integração e transformação.

O **Paradigma da Categorização** poderá localizar-se no século XIX, altura em que começaram a identificar alguns agentes patogénicos e se estabeleceu a sua relação com algumas doenças.

Neste paradigma é possível identificar duas orientações para a enfermagem. A primeira é uma orientação para a saúde pública com medidas de higiene e salubridade em geral. A segunda orienta-se para a doença em que a pessoa é entendida como um todo formado pela soma das partes, que são separáveis e identificáveis. A saúde é entendida como um estado de equilíbrio e sinónimo de ausência de doença. Os cuidados são dirigidos para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas.

O **Paradigma da Integração** surge na década de 50, no período pós-segunda Guerra Mundial. A partir da segunda metade do século XX, verificou-se um desenvolvimento notável das ciências sociais e humanas com a contribuição de Adler (1935) sobre a psicologia individual, de Rogers (1951) sobre a terapia centrada no cliente e de Maslow (1943; 1954) sobre a motivação. Todas elas alertavam para o reconhecimento da importância do ser humano no seio da comunidade (Kérrouac et al, 1996:10).

Esta evolução social dá lugar a uma diferenciação da disciplina de enfermagem em relação à disciplina médica. Os cuidados de enfermagem passam a ser dirigidos à saúde da pessoa em todas as suas dimensões: saúde física, mental e social. A enfermeira avalia as necessidades de ajuda a pessoa e utiliza os princípios da relação de ajuda (Kérrouac et al, 1996:10).

Esta época fica marcada pela publicação da obra de Peplau, em 1952, “Interpersonal Relations in Nursing”, que terá criado uma mudança paradigmática na natureza da relação entre a enfermeira e o doente (Howk *in* Tomey e Alligood, 2002).

Hildegard Peplau (1909-1999) é considerada por muitos como a mãe da enfermagem psiquiátrica. Um dos contributos mais importantes foi o desenvolvimento da teoria das relações interpessoais, centrada na relação entre a enfermeira e o doente. Esta sua obra terá criado uma mudança paradigmática na natureza da relação entre a enfermeira e o doente (Howk *in* Tomey e Alligood, 2002).

Peplau descreve os cuidados de enfermagem como “um processo interpessoal, significativo e terapêutico” (Peplau *in* Tomey e Alligood, 2002: 428) e descreve quatro fases na relação enfermeira-doente que, apesar de interdependentes, se sobrepõem durante o tempo da relação: orientação, identificação, exploração e resolução.

1. **Orientação** – esta fase acontece quando um indivíduo sente uma necessidade, que significa um problema de saúde, e procura ajuda profissional. A enfermeira ajuda o doente a reconhecer e compreender o seu problema de saúde e a determinar a sua necessidade de ajuda.
2. **Identificação** – Nesta fase “o doente identifica-se com quem o pode ajudar (relação). A enfermeira permite a exploração de sentimentos para ajudar o doente a passar pela doença como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade e fornece a satisfação necessária” (Howk *in* Tomey e Alligood, 2002).
3. **Exploração** – O doente tenta retirar tudo o que lhe é oferecido através da relação, fazendo uso dos serviços profissionais disponíveis.
4. **Resolução** – O doente adopta, gradualmente, novos objectivos, libertando-se da identificação com a enfermeira.

Peplau descreve seis papéis da enfermeira, que surgem nas diversas fases da relação: estranha, pessoa de recurso, professora, líder, substituta e conselheira (Howk *in* Tomey e Alligood, 2002).

O início do **Paradigma da Transformação** deu-se nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo (Kérouac et al, 1996). Engloba autores como Rogers (1970), Newman (1975), Parse (1981) e Watson (1979).

É neste contexto que em 1978 ocorre a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários e a OMS elabora a célebre declaração de Alma-Ata (1978). Nela se propõe uma filosofia de cuidados que considera que “é direito e dever dos povos participar individual e

colectivamente no planeamento e na execução e seus cuidados de saúde”. A pessoa é considerada um ser único maior do que a soma das partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa. Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define. A enfermeira e a pessoa são parceiras nos cuidados (Kérouac et al, 1996).

A enfermagem é, assim, perspectivada como um processo interpessoal, intencional que ocorre entre duas pessoas, uma que precisa de ajuda e outra que é capaz de a dar, partindo do princípio de que a pessoa é um ser integral, responsável, capaz de identificar as suas necessidades e de se realizar.

1.3.2 A relação como intervenção terapêutica

Na sequência da publicação da obra de Peplau, em 1952, várias teóricas de enfermagem centraram o seu interesse nos processos de interacção entre a enfermeira e a pessoa. Estas teóricas foram agrupadas por Kérouac et al (1994), sob a designação de “*escola da interacção*” (Lopes, 2006).

Para as teóricas da escola da interacção, o cuidado é um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e outra capaz de oferecer essa ajuda. Para poder ajudar a uma pessoa, a enfermeira deve clarificar os seus próprios valores, utilizar a sua própria pessoa de maneira terapêutica e comprometer-se com o cuidado (Kérouac et al (1994). Segundo Meleis (1991,1997), citado por Lopes (2006), o conceito de interacção é “simultaneamente, detentor de potencial terapêutico e contexto no qual todos os cuidados acontecem”.

Também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no seu Artigo 5.º afirma que os cuidados de enfermagem têm por fundamento a interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade e por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente. Para a Ordem dos Enfermeiros, “a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (PQCE, OE, 2001).

Para Sequeira (2006), a enfermagem de saúde mental e psiquiatria assenta num processo interpessoal, no qual o enfermeiro assiste a pessoa com o objectivo de promover a saúde mental ou auxiliando no processo de tratamento e reabilitação da mesma. Da mesma forma, Stuart e Laraia (2001:36) definem a enfermagem psiquiátrica como “um processo interpessoal que promove e mantém o comportamento no paciente, contribuindo para o seu funcionamento integrado”.

Com o intuito de compreender a natureza da interacção enfermeiro-doente, Lopes (2006) realizou um estudo a partir do qual desenvolveu uma teoria de médio alcance, cuja natureza é constituída por dois componentes: “Processo de Avaliação Diagnóstica” e “Processo de Intervenção Terapêutica. Na sua teoria, o componente da dimensão relacional da experiência consiste num processo sequencial de três fases: Início, corpo e fim da relação.

Início da relação - Esta fase inicia-se, normalmente, antes da enfermeira e o doente se encontrarem, através das actividades de preparação desenvolvidas pela enfermeira e conclui-se com o primeiro encontro. Nesta fase ocorre, frequentemente a entrevista de admissão, a qual dá início ao “Processo de Avaliação Diagnóstica”, orientado em três direcções: o que o doente sabe, o que o preocupa, e as estratégias/capacidades do doente. É nesta fase da relação que se testam os factores de aproximação entre a enfermeira e o doente, tais como: a “atitude clínica proactiva”, os cuidados e a sua qualidade, a disponibilidade, a proximidade, a simpatia, o carinho, a alegria e a personalização (Lopes, 2006).

Corpo da relação – Esta fase é constituída pelo essencial do “Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem”. No entanto, o autor considera que a fronteira entre esta fase e a anterior é difícil de traçar, uma vez que já durante o primeiro encontro ocorre intervenção. Por outro lado, nesta fase mantém-se o “Processo de Avaliação Diagnóstica”, ainda que com características diferentes.

“Esta é a fase central da relação e corresponde ao espaço de tempo durante o qual se desenvolve o essencial da intervenção terapêutica. Ou seja, é a fase em que, após se ter construído um clima de confiança, se procede a um trabalho sistemático à volta dos problemas identificados, no sentido de os resolver” (Lopes, 2006:318).

Fim de relação – Na opinião do autor, o fim da relação está presente desde o início e marca todo o processo. Apesar de muitos reflexos apenas serem visíveis muito próximo do mesmo eles estão perceptíveis ao longo de toda a relação, tornando-se, uma vez mais, difícil precisar o momento em que se inicia esta fase.

1.4 O processo de Enfermagem

O processo de enfermagem é considerado um dos temas mais importantes para a enfermagem. “A sua importância deve-se ao facto de constituir fundamento de ensino, da prática e da investigação em enfermagem e, consequentemente para o exercício da profissão” (Wright in Sorensen e Luckmann, 1994:140). É método científico que permite sistematizar o cuidado. É constituído por cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: avaliação, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação.

1.4.1 Avaliação Inicial

Nesta fase, o enfermeiro procede à colheita de dados através da entrevista de avaliação, de observação do comportamento (exame do estado mental), consulta de registos médicos, e entrevista à família ou pessoas significativas. Nesta fase, o enfermeiro deverá identificar a razão pela qual procura ajuda; avaliar os factores de risco relacionados com a segurança da pessoa; realizar uma avaliação biopsicosocial das necessidades da pessoa relativas ao tratamento.

A entrevista ao utente é, regra geral, o principal método de colheita de dados utilizado pelos enfermeiros e exige competência e habilidade no uso das capacidades de comunicação e nas técnicas de entrevista. Neeb (2000) aponta alguns aspectos que o enfermeiro deverá ter em conta na realização da entrevista:

1. Ser autêntico. Dizer ao indivíduo qual a finalidade da entrevista.
2. Ser assertivo. Se a entrevista é obrigatória, o indivíduo deve perceber que é necessária.
3. Ser sensível. Por vezes algumas perguntas são difíceis e embaraçosas de responder por parte do utente. O enfermeiro deve assegurar ao indivíduo que compreende os seus sentimentos e que a informação fornecida fará parte do processo clínico e que apenas os profissionais de saúde que estão envolvidos na prestação de cuidados terão acesso à informação.
4. Utilizar a empatia. Demonstrar ao utente que está interessado no que lhe está a ser dito e que, como enfermeiro, está ali para lhe ser útil. O enfermeiro deverá, ainda, abster-se de fazer juízos de valor
5. Utilizar perguntas abertas. Estas devem ser o mais individualizadas possível. O enfermeiro deve utilizar o tempo da entrevista para discutir e esclarecer o maior número possível de questões, procurando evitar a repetição posterior de parte da entrevista (Neeb, 2000: 121).

Segundo o «Sistema de Individualização das Especialidades em Enfermagem» (SIECE), uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) consiste na “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade e recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto”. Ao Enfermeiro Especialista compete:

- Identificar os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.
- Avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos factores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar.
- Identificar apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados. (OE, 2009)

1.4.2 Diagnóstico

“Um diagnóstico de Enfermagem resulta da avaliação efectuada por um enfermeiro, sobre o estado de um foco de atenção (área de atenção conceptual de Enfermagem)” (Sequeira 2006:16). Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base que permite ao enfermeiro seleccionar as intervenções de enfermagem com vista à obtenção dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

De acordo com o SIECE (OE, 2009), compete ao Enfermeiro Especialista em SMP “estabelecer o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”. Compete-lhe portanto:

- Identificar complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física.
- Avaliar e detectar situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência.
- Avaliar o potencial de abuso, negligencia e risco para o próprio e para outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros auto-destrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros.
- Aplicar sistemas de taxonomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.

1.4.3 Planeamento

O planeamento dos cuidados de enfermagem inicia-se logo após a identificação dos diagnósticos de enfermagem e “implica o estabelecer de objectivos de curto e de longo prazo,

perspectivados em função do indivíduo e não na perspectiva do enfermeiro” (Neeb, 2000:122). O enfermeiro desenvolve um plano de cuidados que prescreve intervenções para a aquisição de resultados esperado.

No planeamento de cuidados em saúde mental, o enfermeiro deve comprometer-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal (OE, 2009: 25). Neste seguimento, o Enfermeiro Especialista em SMP:

- Concebe, planifica e desenvolve projectos para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental.
- Concebe, coordena e implementa, projectos de promoção da saúde mental de crianças e jovens, entre outros através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré-natal, estratégias de intervenção precoce e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens.
- Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio emocional, direccionadas para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e mau trato a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto. (OE, 2009:26)

1.4.4 Execução/Intervenção

Na implementação do plano de cuidados, o enfermeiro utiliza intervenções que visam prevenir a doença mental e física e promover, manter e restaurar a saúde mental e física. Muitas das actividades ou intervenções úteis ao indivíduo implicam ensino ao utente (Neeb, 2000).

De acordo com a SIECE (OE, 2009), o Enfermeiro Especialista em SMP realiza e implementa um plano de cuidados individualizado com base nos diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados.

- Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.
- Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detectar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica.
- Gere as emergências psiquiátricas determinando o nível de risco, inicia e coordena cuidados de emergência efectivos.

- Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade.
- Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental diminuindo a exclusão social, Promover e reforçar as capacidades das famílias.

1.4.5 Avaliação Final

O cuidado de enfermagem é um processo dinâmico que envolve a modificação do estado de saúde do utente ao longo do tratamento, criando a necessidade de novos dados, diferentes diagnósticos e modificações no plano de cuidados. Portanto, a avaliação é um processo contínuo de determinação do efeito das intervenções de enfermagem e do regime de tratamento sobre o estado de saúde da pessoa e os resultados esperados. Esta avaliação acontece sempre que há contacto com a pessoa cuidada.

1.5 A Consulta de Enfermagem

A Ordem dos Enfermeiros (2006), citando o Ministério da Saúde (1999), define a consulta de enfermagem como “uma actividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas e saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respectiva reformulação das intervenções de enfermagem”

Segundo Machado *et al* (2008), “A Relação Terapêutica que se estabelece com o doente família/cuidador na Consulta de Enfermagem é um elemento chave, facilitador da nossa assistência enquanto enfermeiros qualificados no campo da Saúde Mental”. Neste sentido, a Consulta de Enfermagem permite ao enfermeiro:

- Promover a saúde mental da população e criar iniciativas destinadas a grupos vulneráveis;
- Prevenir a doença mental detectando precocemente sinais de descompensação, prevenindo a depressão e o suicídio e reduzindo os desequilíbrios decorrentes do consumo de substâncias psicoactivas, entre outros;
- Promover a inclusão social, através da formação dos utentes e família e da planificação de estratégias de participação activa, protegendo os seus direitos e dignidade.

A consulta de Enfermagem, no contexto as toxicodependências, tem como objectivo facilitar os processos de transição da pessoa dependente ao longo do tratamento, ajudando-a a enfrentar as dificuldades com que se depara no momento, qualquer que seja o seu estado de saúde/doença e procurando que as experiências vividas neste processo sejam promotoras de saúde e bem-estar. Através da consulta, o enfermeiro colabora com o utente/família contribuindo para o alívio do seu mal-estar, prevenindo possíveis complicações de saúde decorrentes da sua dependência, ajudando-o na gestão de tomada de medicamentos e promovendo o tratamento adequado de outras doenças associadas de que, eventualmente, o utente seja portador – se necessário encaminhando para outros técnicos e/ou outros estabelecimentos (Hospitais ou Centros de Saúde).

1.6 A Educação para a Saúde

Os ensinamentos para a saúde são âmbito do enfermeiro e estão previstos na Carreira de Enfermagem, sendo prática corrente no dia-a-dia dos profissionais. O termo Educação para a saúde surgiu, pela primeira vez, na Carta de Otawa (1986). Desde então, “A Educação para a Saúde (EpS) tem vindo a ser internacionalmente reconhecida como parte integrante dos esforços para a prevenção da doença e promoção da saúde” (Rodrigues et al, 2005: 16).

Em contexto escolar, educar para a saúde consiste em dotar as crianças e jovens de conhecimento, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao bem-estar físico, social e mental. A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão. Daí, a importância da abordagem da educação para a saúde em meio escolar.

De reconhecida importância para os utentes, os Ensinos para a Saúde, não só intervêm na área da prevenção, como ajudam o utente a resolver problemas de doença e/ou situações de instabilidade psico-emocional e familiar, através da informação e orientação fornecida pelos técnicos e do treino de aptidões sociais que se pode proporcionar nas sessões. Se o utente aprende estratégias para lidar melhor e de forma mais saudável e adequada com os seus problemas, podemos dizer que estamos a intervir na área da reinserção sócio-familiar e na motivação para a mudança de estilos de vida.

1.6.1 Psicoeducação

Segundo Redman (2003: 198), a psicoeducação refere-se à “aquisição de conhecimento e de competências psicológicas” Originalmente utilizado para pessoas com esquizofrenia, este modelo é agora aplicado a pessoas com depressão, com doença obsessiva compulsiva e a pessoas com problemas de dependência. Os objectivos da psicoeducação incluem: melhorar

os sintomas da doença, reduzir os problemas e o stress familiar, ajudar os indivíduos a adquirirem estratégias de coping e prevenir as recaídas, refere a autora.

Ao definir o «Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista», a Ordem dos Enfermeiros (2009) identifica a psicoeducação como uma das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Assim, a este compete:

- Fornecer antecipadamente orientações aos clientes e famílias, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais.
- Promover a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental grave ou de evolução prolongada.
- Implementar intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, a compreensão e gestão afectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.
- Ensinar os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas).
- Educar e ajudar o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas.
- Prestar apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias.
- Apoiar famílias de pessoas com doença mental grave, incentivando a organização de grupos de ajuda que o incluam, assim como à família.
- Demonstrar sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros (MDP, OE, 2009).

1.7 Entrevista motivacional

A Entrevista Motivacional pode ser definida como “um estilo de aconselhamento directivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorar e a resolver a sua ambivalência” (Miller e colaborador, 2001 *in* Ferreira-Borges e Cunha Filho, 2007:70).

O conceito de motivação, essencial na compreensão das dependências, inspirou a formulação desta intervenção terapêutica, amplamente difundida na Europa e Estados Unidos da América. A motivação caracteriza-se por um processo dinâmico segundo o modelo transteórico, desenvolvido por Prochaska e Diclementi (1983). Este modelo descreve os estágios de

mudança comportamental por meio dos quais o indivíduo transita de forma não linear, estando em tratamento ou não. Tais estágios são: pré-contemplação, contemplação, determinação, acção, manutenção e recaída.

- **Pré-contemplação** - A pessoa não faz crítica da sua situação e não tem planos para mudar. Acha que o seu consumo de drogas não lhe faz mal e está sob controlo.
- **Contemplação** - A pessoa percebe que tem um problema mas está ambivalente para promover a mudança.
- **Determinação** - Percebe que tem um problema e que precisa promover mudanças. A pessoa pede ajuda.
- **Acção** - A pessoa está pronta para começar a mudança.
- **Manutenção** - Corresponde à incorporação da mudança no estilo de vida.
- **Recaída** - A pessoa volta para a contemplação ou pré-contemplação.

A técnica de entrevista motivacional propõe intervenções terapêuticas individualizadas adequadas a cada estágio com vista a aumentar a adesão ao tratamento e a prevenir possíveis recaídas em pessoas com comportamentos considerados dependentes. Um instrumento amplamente utilizado neste contexto é o balanço decisional. Neste exercício é solicitado à pessoa o preenchimento de uma folha onde indique as vantagens e desvantagens de mudar de comportamento e vantagens e desvantagens de não mudar. Este exercício prático permite à pessoa explicitar o seu conflito e reflectir sobre a possibilidade de mudança (Ferreira-Borges e Cunha Filho, 2007).

Na prática, a Entrevista Motivacional desenvolve-se tendo como base cinco princípios gerais que são:

1. **Expressar empatia** – “Uma componente fundamental da entrevista motivacional consiste em compreender a perspectiva, os sentimentos e os valores de caa cliente. A atitude deve ser de aceitação e não de aprovação ou concordância” (Ferreira-Borges e Cunha Filho, 2007:75)
2. **Desenvolver discrepância** – A motivação para a mudança é maior quando as pessoas percebem as discrepâncias entre a sua situação actual e o que desejam para o futuro.
3. **Evitar argumentar** – Os autores alertam para os perigos da argumentação pois, tentar convencer uma pessoa de que a mudança é necessária pode precipitar ainda mais a

resistência. A argumentação pode transformar-se numa luta de poder e não aumentar a motivação para a mudança.

4. **Acompanhar a resistência** – Como refere Ferreira-Borges e Cunha Filho (2007), a resistência é uma preocupação legítima dos profissionais de saúde na medida em que prenuncia a desistência da pessoa em termos de mudança.
5. **Promover e apoiar a auto-eficácia** – Muitas pessoas têm dificuldade em acreditar que podem começar ou manter uma mudança comportamental. No entanto, é importante que as pessoas acreditem que a mudança é uma responsabilidade sua e que o êxito a longo prazo tem início com o primeiro passo dado (Ferreira-Borges e Cunha Filho 2007).

1.8 As Técnicas de Relaxamento

O relaxamento pode ser definido como “um método de recondicionamento psico-fisiológico” (Sandor, 1974 *in* Lima s/d), que visa a diluição de todas as tensões musculares, sendo um trabalho corporal, mas que envolve aspectos psicológicos. Sousa Filho (2009), citando a Sandor (1982) afirma que “relaxamento é o que se opõe ao stress, o que reforça a homeostase, o que diminui a angústia e a emotividade, o que proporciona a unificação dos elementos do organismo”.

Podemos encontrar as origens formais do relaxamento no início do século XX com o desenvolvimento das técnicas de relaxamento autógeno de Shultz e as técnicas de relaxamento progressivo de Jacobson. No entanto, como refere Sousa e Filho (2009), os antecedentes históricos do relaxamento podem ser encontrados no tratamento da doença mental no século XVIII, com base na hipnose e no magnetismo animal. Posteriormente, as descobertas nas áreas da anatomia e da fisiologia permitiram o desenvolvimento das técnicas psicofísicas.

Stuart e Laraia (2001) corroboram que as técnicas de relaxamento constituem um conjunto de intervenções úteis, na área da saúde mental. Além de promover a sensação de bem-estar, o relaxamento pode libertar a tensão e diminuir o stress, reduzindo as barreiras à comunicação. Por sua vez, Silva (s/d), considera que as técnicas de relaxamento podem ter três objectivos:

1. **Como medida preventiva**, para proteger o organismo do desgaste desnecessário e das doenças relacionadas com o stress.

2. **Como tratamento**, para ajudar a aliviar o stress em determinadas situações. As estratégias de relaxamento podem ajudar a tornar mais disponíveis os mecanismos inatos de defesa do organismo.
3. **Como competência** de lidar com o stress, para acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz. Como refere Silva (s/d), o stress pode prejudicar mentalmente, enquanto o relaxamento pode ajudar a repor a clareza de pensamento.

Segundo Phipps et al (1990: 205), “as técnicas de controlo do stress tornaram-se abordagens terapêuticas, firmemente estabelecidas na década passada”, sendo que o uso destas estratégias pelos enfermeiros cresceu rapidamente. Segundo estes autores, “a enfermagem está em primeiro plano na integração do controlo do stress” (p. 206).

De entre as inúmeras técnicas utilizadas para o relaxamento, podemos encontrar:

TREINAMENTO AUTOGENO

O Treinamento Autogeno (auto-induzido) é um sistema terapêutico criado por Schultz (1884-1970), médico psiquiatra e neurologista alemão, que leva ao relaxamento profundo. Ensina a mudança de comportamento cognitiva, simultaneamente com a mudança de comportamento fisiológica. Segundo Phipps et al (1990), este processo aplica os princípios de autocotrolo e treino, em concentração passiva, através de seis passos orientados fisiologicamente.

Estados fisiológicos

1. Peso nas extremidades
2. Calor nas extremidades
3. Regulação da actividade cardíaca
4. Regulação da respiração
5. Calor abdominal
6. Frio na testa

Afirmação repetida

- “O braço direito está pesado”
“ O braço direito está quente”
“O meu ritmo cardíaco é calmo e regular”
“A minha respiração é calma e regular”
“O meu plexo solar é quente”
“A testa está fria”

RELAXAMENTO PROGRESSIVO

Método criado por Jacobson, médico fisiologista da Universidade de Harvard, e descrito em *Progressive Relaxacion*, o seu livro clássico de 1938. Este tipo de relaxamento parte da premissa de que a ansiedade e o relaxamento muscular são situações que se excluem mutuamente. “Assim, a ansiedade não existe, nem pode existir, quando os músculos do corpo estão relaxados” (Phipps, 1990:200)

Ainda que o relaxamento muscular de Jacobson fosse eficaz foi considerado por alguns como “demasiado longo e pouco apelativo” (Moreira, 2008), pelo que surgiu o Treino de Relaxamento Progressivo.

TREINO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO

O Treino de Relaxamento progressivo foi desenvolvido por Bernstein e Borkovec. Os seus objectivos são: 1) “Atingir um relaxamento profundo em períodos gradualmente mais curtos”; 2) “Controlar o excesso de tensão perante agentes de stress” (Bernstein & Given, 1984 in Moreira, 2008).

O treino de relaxamento progressivo é considerado por este autor como sendo mais atractivo para investigadores e pessoal clínico. Embora se baseie nos princípios de reconhecimento e tensão de Jacobson, apresenta diferenças significativas as quais são apresentadas no Quadro I.

QUADRO I – Diferenças entre o Método de Relaxamento Progressivo de Jacobson e o Treino de Relaxamento Progressivo de Berstein & Borkovec.

	Relaxamento Progressivo	Treino de Relaxamento Progressivo
Posição de relaxamento	Deitado ou sentado	Reclinado
Nº total de grupos musculares trabalhados	48	16
Nº de novos grupos musculares trabalhados numa sessão	1 ou 2	Todos os grupos
Objectivo da técnica	Libertação da tensão	“Produção de relaxamento através de ciclos de tensão-libertação
Valor dado à sensação de contracção	Alertar o indivíduo para a sensação de tensão	Tornar cada componente do relaxamento mais profunda ao proporcionar um “ponto de partida”; uma forte contracção leva a um relaxamento profundo
Papel da sugestão	Nenhum: a técnica consiste puramente numa competência muscular	São utilizadas sugestões indirectas de forma a controlar o efeito
Utilização de cassetes áudio	Não são utilizadas	Desaconselhado
Nº de sessões necessárias	50+	Cerca de 6

Fonte: Payne, Rosemary (2003). – Técnicas de Relaxamento – um guia para profissionais de saúde, Loures: Lusociência. p. 46 in Moreira(2008).

TÉCNICAS DE BIOFEEDBACK

O biofeedback surgiu de um debate entre os teóricos do condicionamento clássico, introduzido por Pavlov, e os do condicionamento activo, introduzido por Skinner. O biofeedback é uma técnica na qual o indivíduo é treinado para relaxar usando os próprios sinais corporais. É utilizado para o tratamento de cefaleias, tensão muscular, desordens do aparelho digestivo, hipo e hipertensão arterial, arritmias cardíacas, epilepsia, etc. (Sousa Filho, 2009).

MEDITAÇÃO

Durante muitos séculos, a arte da meditação tem sido praticada no Oriente. Existem diferentes tipos de meditação, com objectivos e pontos de convergência diferentes, nomeadamente o Budismo Zen, o ioga e a meditação transcendental. Esta última é uma das mais praticadas no Oriente. Segundo os investigadores, o relaxamento fisiológico, que se produz durante a meditação, generaliza-se à vida o indivíduo, protegendo-o dos efeitos do stress (Phipps, 1990).

RESPIRAÇÃO ABDOMINAL

Trata-se de uma técnica de relaxamento muito simples na qual o indivíduo é aconselhado a colocar uma mão sobre a parte inferior do abdómen e inspirar lenta e profundamente, contando até quatro. Mantém esta inspiração e, depois, expele-a lentamente contando também até quatro. Frequentemente ensina-se os indivíduos a usarem mensagens cognitivas tais como a repetição de uma frase (mentalmente). Como refere Phipps (1990), apesar de ser uma estratégia simples de aprender, muitas pessoas consideram-na extremamente bem-sucedida, quando a utilizam, frequentemente, todos os dias ou antes de uma situação causadora e stress.

Para além das aqui apresentadas, existem muitas outras técnicas de relaxamento psicofisiológicas e cognitivas que os enfermeiros podem utilizar, como “recurso terapêutico não farmacológico no alívio dos sintomas presentes no doente mental, onde se inclui o Toxicodependente” (Moreira, 2008).

No entanto, a importância das técnicas de relaxamento não reside nelas mesmas - como ocorre com qualquer técnica - mas na aplicação que se faça delas. Não são fins em si mesmas, mas meios para alcançar uma série de objectivos. O objectivo fundamental destas técnicas é dotar o indivíduo de habilidade para enfrentar situações quotidianas que lhe produzem tensão e ansiedade.

Moreira (2008) realizou um estudo com o qual se propôs responder à questão: - **“Relaxamento Muscular na Toxicodependência – Que ganhos em Saúde?”**. Os resultados obtidos apontam para uma “diminuição do uso de medicação ansiolítica, sedativa e hipnótica em SOS durante a noite. Tendo-se verificado também, uma diminuição do número de «drop-out» e, inversamente, um aumento no número de dias de internamento. (...) os resultados obtidos neste estudo apontam o relaxamento muscular, “Treino de Relaxamento Progressivo”, como um recurso que traz ganhos em saúde para os toxicodependentes.

Nesta mesma linha, (Sousa Filho, 2009), considera as técnicas de relaxamento uma ferramenta riquíssima para os profissionais de saúde tendo em conta os resultados obtidos, o baixo custo e a ausência de contra-indicações.

1.9 Reabilitar para Reinserir

1.9.1 Reabilitação Psicossocial

A Organização Mundial de Saúde definiu a Reabilitação como “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais” (OMS, 1995 *in* Cordo, 2003).

A reabilitação psicossocial assume-se actualmente como uma intervenção fundamental no processo de cuidados ao doente mental. Como refere Cordon (2003), não se trata de uma técnica ou de um conjunto de estratégias, mas sim de um processo bastante mais abrangente, havendo evidências de que é a forma mais eficaz de ajudar o doente mental a eliminar ou recuperar alguns dos défices que a doença introduziu.

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde (2001), os objectivos da reabilitação são a emancipação do utente, a redução a discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.

Embora a intervenção precoce e o tratamento sejam importantes para prevenir e minimizar a incapacidade, o tratamento de manutenção e a reabilitação são quase sempre essenciais para obter resultados terapêuticos óptimos e duradouros. Neste sentido, a reabilitação psicossocial deve ser vista como fazendo parte do tratamento da doença mental e não como algo que se segue ao tratamento.

Apesar da existência de vários modelos e técnicas de reabilitação psicossocial, Gago (1996), citado por Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004), enumera dez princípios que servem de referência na implementação de qualquer intervenção ou programa:

1. O envolvimento do utente é fundamental em todas as fases do processo de reabilitação.
2. Abordagem individualizada.
3. Melhorar as aptidões e competências de pessoas com doença ou perturbação mental.
4. As aptidões adquiridas devem ser adaptadas a situações a situações específicas e à realidade presente ou futura do indivíduo.
5. A esperança é um componente essencial da prática reabilitativa.
6. A reabilitação psicossocial deve ser eclética na teoria e pragmática na sua aplicação.
7. Para o sucesso da reabilitação psicossocial, o desenvolvimento de condições e de suporte na comunidade deve ocorrer em paralelo com a melhoria das aptidões do utente.

8. O desenvolvimento potencial vocacional a pessoa, de forma a contribuir para a valorização da respectiva função social.
9. Princípio da normalização.
10. Multidisciplinaridade e trabalho em equipa.

Segundo o Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (OE, 2009), compete ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica promover a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento as competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais. Para isso:

- Concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra.
- Implementa intervenções psicossociais reestruturadas individualmente, em grupos ou comunidades, visando a inserção familiar, social e profissional da pessoa com perturbação ou doença mental.
- Implementa intervenções psicossociais de recrutamento e retenção ou reabilitação e regresso ao local de trabalho de pessoas em sofrimento ou com perturbação mental.
- Envolve outros profissionais na definição de projectos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade.

1.9.2 Reinserção

A reinserção social é um processo individual e comunitário que exige o estudo das dificuldades e recursos de cada utente com o objectivo de accionar as diversas estratégias favorecedoras da autonomia e responsabilidade, a nível individual e social. As pessoas com problemas de consumo de substâncias psicoactivas em processo de reinserção apresentam um conjunto de desvantagens e dificuldades face ao mercado de trabalho. Como tal, surge a necessidade de mobilização de um conjunto vasto de recursos e agentes, de onde se destacam as intervenções no âmbito da formação profissional e do acesso ao emprego como um meio facilitador de recuperação da auto-estima e da redescoberta das capacidades individuais de readaptação a uma vida em sociedade. A reinserção sócio-profissional é encarada, nesta problemática, como fundamental, já que o processo de tratamento só se encontra completo quando o indivíduo detiver os meios e competências para poder assumir plenamente o seu papel em sociedade.

Partindo do pressuposto de que não existe um modelo ou conceito único de reinserção, o Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2016 realça “alguns elementos comuns, centrais quando se fala de reinserção:

- Socialização ou ressocialização do indivíduo;
- Reestruturação da vida e realização pessoal;
- Construção de um Projecto de vida satisfatório e sustentável;
- Envolvimento da família e da comunidade de pertença no processo.”

Este documento de referência considera a reinserção como um processo com carácter individualizado, e que cada pessoa deve construir a sua individualidade, sendo necessário intervir a nível da habitação, educação, trabalho/formação, participação/cidadania, família, lazer e tempos livres. Alerta, ainda, para a necessidade de encarar a reinserção de toxicodependentes como uma intervenção em rede, numa atitude terapêutica de carácter multi, pluri e interdisciplinar. Essa intervenção inicia-se quando o indivíduo toma consciência do seu problema e pede ajuda. Prolonga-se durante o seu tratamento e só se apresenta eficaz quando este consegue, em todas as suas dimensões (biológica, psicológica, afectiva, cultural e social), estabelecer um quadro de vida com auto-suficiência e satisfação pessoal.

Neto (2009), identifica quatro etapas no processo de reinserção social de toxicodependentes:

1. **Reaproximação aos diversos contextos sociais**, nomeadamente:
 - a. A família, entendida como o agregado de origem, o agregado próprio e a família alargada;
 - b. A comunidade, ou seja, os amigos, vizinhos e outras pessoas significativas;
 - c. A sociedade, nas várias vertentes: educação, trabalho e saúde.
2. **Supervisão do processo**. Nesta fase é importante perceber como as pessoas se estão a sentir e a vivenciar o processo, tentando perceber quais são as suas dificuldades e identificando alternativas
3. **Acompanhamento psicossocial** dirigido aos principais actores do processo, ou seja, ao indivíduo (apoando-o nas suas dificuldades) e à família, através do apoio emocional.
4. **Sistemas de suporte, por exemplo:**
 - a. Grupos de auto-ajuda: Alcoólicos Anónimos, Famílias Anónimas, Narcóticos Anónimos, etc.
 - b. Ocupação dos tempos livres tais com actividades desportivas, culturais ou de lazer.

2 Contextos clínicos

Este capítulo está organizado no sentido de dar resposta aos objectivos traçados no projecto de estágio assim como proceder a uma reflexão crítico-reflexiva das actividades desenvolvidas que contribuíram para o consolidar de competências profissionais.

2.1 Primeiro objectivo

Integrar as diversas Equipas do Centro de Respostas Integradas (CRI) e colaborar nos programas ao nível da intervenção integrada, no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas.

ACTIVIDADES PLANEADAS

- Apresentação ao enfermeiro responsável e à equipa multidisciplinar;
- Tomar conhecimento junto do enfermeiro orientador e restante equipa acerca:
 - Estrutura física e organizacional dos serviços;
 - Recursos humanos;
 - Metodologias de trabalho
- Consulta de Normas e protocolos preconizados pelo serviço;
- Integração na dinâmica do serviço, demonstrando disponibilidade, iniciativa e interesse;
- Adopção uma postura cívica, ética e profissional que dignifique as instituições (UCP e IDT) e a Profissão de Enfermagem.

A concretização deste objectivo compreende os três módulos de estágio. O Centro de Respostas Integradas (CRI) do Algarve, é uma estrutura central no Algarve, que se encontra debaixo da tutela do Instituto da Drogas e da Toxicodependência, sendo o CRI Algarve, constituído pela Equipa técnica especializada de prevenção (ETEP); Equipas técnicas especializadas de tratamento (ETET); Equipa técnica especializada de redução de riscos e minimização de danos (ETERRMD) e a Equipa técnica especializada de reinserção (ETER).

Sendo a toxicodependência um fenómeno social complexo, que tem na sua origem uma constelação de factores que incluem as características pessoais e familiares do indivíduo, a substância e a natureza do contexto sociocultural onde esse consumo ocorre, torna-se imperioso abordar este fenómeno de forma integrada, tendo em conta o maior número possível de aspectos nela implicados. Intervir numa lógica de resposta integrada traduz-se na identificação e estreita colaboração com outros técnicos, no trabalho em parceria e na flexibilidade de respostas, tendo sempre o utente no centro das intervenções.

O conjunto das equipas referidas anteriormente constitui o CRI. Cada equipa desempenha a sua actividade profissional em diferentes locais, de acordo com os objectivos e grupo alvo específico. Durante a realização do estágio, tive oportunidade de participar nos programas e actividades desenvolvidos pelas mesmas.

No primeiro contacto com cada uma das equipas, tive o privilégio de contar com a presença da Enfermeira Marina Antão, Coordenadora de Enfermagem da Delegação Regional do Algarve que, amavelmente se disponibilizou a acompanhar-me, o que facilitou o processo de integração.

2.1.1 Equipa Técnica Especializada de Prevenção (ETEP)

A primeira equipa que integrei foi a ETEP. Trata-se de uma equipa multidisciplinar composta por uma coordenadora, licenciada em Psicologia Clínica, duas Psicólogas Clínicas, um Enfermeiro, uma Educadora Comunitária, um Técnico de Serviço Social, uma Investigadora Social e um Administrativo.

Esta equipa desenvolve a sua actividade ao nível do planeamento, coordenação, execução e avaliação de programas, projectos e acções de prevenção no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, incentivando a articulação interinstitucional, facilitando e apoiando a participação de instituições da comunidade neste domínio, na perspectiva da intervenção comunitária.

Os grandes objectivos da prevenção são:

- Prevenir o início do consumo de substâncias psicoactivas;
- Prevenir a continuação do uso e do abuso;
- Prevenir a passagem do uso ao uso nocivo ou abuso à dependência.

Entre as actividades da ETEP está o desenvolvimento com entidades parceiras, de programas e projectos de prevenção do consumo de drogas, em meio escolar, familiar e comunitário; intervenção preventiva em espaços de diversão nocturna, face ao consumo de álcool e outras substâncias e riscos associados; consulta de apoio psicológico a jovens em risco, menores de idade, seus familiares e envolventes para as quais dispõe do GAJE (Gabinete de Apoio ao Jovem e seus Envolventes) e acções de formação/informação de carácter pontual ou contínuo, com enquadramento escolar ou outro.

Entre as múltiplas actividades desenvolvidas pela ETEP, tive oportunidade de participar activamente nos seguintes Projectos e Programas

- Projecto “Redução de Riscos em Contexto Académico” (Anexo IV)

- Programa “Atlante – Enfrentar o Desafio das Drogas” (Anexo V)
- Programa “Eu e os Outros” (Anexo VI)
- Duas acções de formação/informação de carácter pontual, com enquadramento escolar.

2.1.2 Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET)

No âmbito do módulo II, tive oportunidade de integrar a equipa da Consulta Externa, assim como a equipa da UDTS – Unidade de Dispensa de Terapêutica de Substituição, situadas em Olhão.

A Consulta Externa conta com uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais e pessoal administrativo. Esta equipa desempenha a sua actividade profissional, num espaço físico denominado antigamente por CAT, Centro de Apoio aos Toxicodependentes, e que devido à reforma estrutural levada a cabo pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência foram formalmente extintos. A principal actividade é a consulta e tratamento de pessoas com problemas relacionados com o uso ou abuso de substâncias psicoactivas.

O Tratamento constitui um dos pilares fundamentais da acção estratégica do IDT na diminuição dos riscos e das consequências dos consumos de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas. Esta área de missão norteia a sua intervenção tendo por base os seguintes pressupostos:

- Garantir, a toda a população que o deseje, acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas;
- Disponibilizar uma oferta diversificada de Programas de Tratamento e de Cuidados, contemplando uma vasta gama de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica;
- Promover a melhoria contínua a qualidade dos serviços prestados ao nível dos Programas e intervenções terapêuticas.

Esta equipa desenvolve diversas actividades, nomeadamente, as consultas de seguimento, a consulta da mulher (ginecologia), a consulta de alcoolismo, os programas de substituição com agonistas e/ou antagonistas, aconselhamento e acompanhamento dos utentes, assim como realização de exames, quer relativos a eventuais consumos, quer relativos a rastreios de doenças infecto-contagiosas.

Durante as três semanas em que permaneci na equipa, tive oportunidade de participar nas actividades acima mencionadas, à excepção da “consulta da mulher” devido à dificuldade em conciliar os dias de estágio com o dia da consulta.

O número de utentes seguidos na Consulta Externa no período de 26-04-2009 a 23-10-2009, foi de 1850 utentes, dos quais 14,8% pertenciam ao sexo feminino e 85,2% ao sexo masculino. Relativamente à nacionalidade, sabemos que 93,7% eram de nacionalidade portuguesa. O grau de escolaridade é baixo, sendo que apenas 27,8% conclui o 9º ano; 9,1% o ensino secundário e 3,8% o ensino superior. No que se refere à sua situação laboral, 47,2% têm emprego remunerado mas o número de desempregados é elevado, com 43,2% (consultar anexo VII).

Relativamente aos dados de consumo, a heroína surge como a droga mais consumida, com 68,9% dos casos, seguida da heroína e cocaína, que corresponde a 16,2% dos casos. A via de administração mais comum é a fumada ou inalada (66,4%), seguia a injectada (26,4%). Quanto à frequência a utilização, verifica-se que 84,1% referem consumo diário (consultar anexo VIII).

2.1.3 Unidade de Dispensa de Terapêutica de Substituição (UDTS)

A Unidade de Dispensa de terapêuticas de Substituição UDTS como o próprio nome indica, é uma Unidade cuja missão consiste em preparar e administrar terapêutica de substituição com um agonista opiáceo sintético, o Cloridrato de Metadona.

Como recursos humanos, a UDTS apresenta uma equipa de enfermagem, administrativos, auxiliares e seguranças. A equipa trabalha em estreita articulação com a equipa de consulta externa. As actividades em que tive oportunidade de participar foram a administração de terapêutica de substituição, a educação para a saúde, o apoio emocional e a relação de ajuda.

O tratamento da toxicodependência é um processo que visa mudar o estilo de vida do consumidor e consequentemente melhorar as condições de vida. Este processo tem uma duração variável, começando pelo indispensável reconhecimento do problema, da necessidade de mudar o seu estilo de vida e a aceitação de ajuda externa para melhorar a sua situação.

Existem dois tipos de Programas segundo os seus objectivos: o Programa de Alta Exigência e o Programa de Diminuição de Riscos.

O **Programa de Alta Exigência** tem como objectivo a abstinência e a mudança no estilo de vida do toxicodependente e compreende três fases: desabilitação (trata-se da dependência física), reabilitação (reestrutura-se a vida do indivíduo, recuperando as relações familiares e sociais) e a reinserção (visa a adaptação ao meio social).

O **Programa de Diminuição de Riscos** têm como objectivo a melhoria da qualidade de vida do consumidor, sem pretender a sua abstinência. Este Programa considera a vontade do consumidor de reduzir os riscos, auxilia-o a modificar a sua relação com a substância e proporciona tempo para construir os apoios afectivos e sociais necessários à mudança.

Em Outubro de 2009, data em que decorreu o estágio na UDTs, encontravam-se em Programa de Substituição com Metadona 1174 utentes. Destes, 842 encontravam-se em Programa de Alto Limiar de Exigência e 332 em Programa de Redução de Riscos.

2.1.4 Equipa Técnica Especializada de Reinserção (ETER)

A equipa de reinserção é uma equipa transdisciplinar, constituída por duas assistentes sociais, duas psicólogas, uma enfermeira, uma animadora sócio-cultural, uma técnica de relações internacionais, duas sociólogas, três administrativas e um motorista.

As actividades da equipa de reinserção são:

- Planear, executar e avaliar as actividades, no âmbito do enquadramento social de indivíduos toxicodependentes;
- Desenvolver projectos, programas ou outras iniciativas, que visem enquadrar de forma estruturada as pessoas toxicodependentes, na sociedade;
- Promover e incentivar a articulação com os parceiros institucionais locais, para fazer face às necessidades dos utentes.

Dado que a população consumidora de substâncias psicoactivas apresenta, por norma, défices de integração social mais ou menos acentuados, a intervenção no âmbito da reinserção desenvolve-se em torno do balanço dos recursos individuais e diagnóstico social, planeando, a partir daí, o plano individual de inserção, respeitando o direito da pessoa a decidir sobre o seu futuro (PA, IDT, 2009).

Os últimos dados disponíveis, relativamente à actividade da ETER da DRAL do IDT, apontam para 288 utentes em acompanhados no ano de 2008, sendo que 104 do sexo feminino e 184 do sexo masculino. Destes, 288 utentes, 210 correspondem a novos acolhimento. A faixa etária onde se situam mais utentes é entre os 30 e os 40 anos. Relativamente ao estado civil, 160 são solteiros, 29 casados, 35 divorciados e 63 vivem em união de facto. As habilitações literárias são, regra geral baixas, sendo que apenas 86 concluíram o 9º Ano, 12 concluíram o 12ª Ano, 6 frequentaram o ensino superior e, apenas um possui curso superior (anexo IX).

Durante o tempo em que permaneci nesta equipa, tive oportunidade de conhecer e participar nas actividades correspondentes às diversas etapas da reinserção, nomeadamente, acolhimento, encaminhamento e acompanhamento.

No objectivo seguinte, irei abordar de forma mais pormenorizada os projectos existentes no CRI, assim como a minha intervenção e contributo pessoal para o desenvolvimento dos mesmos ao longo deste ensino clínico. Devo salientar que, o facto de me ter sido facilitado o

acesso a determinados protocolos e projectos existentes nas diversas equipas facilitou imenso a minha integração.

Procurei sempre durante o ensino clínico, assumir uma postura que procurasse não só dignificar a instituição de ensino a que me encontro ligado, mas também a própria profissão de enfermagem, com responsabilidades mais acrescidas, na medida em que procuro atingir uma categoria profissional mais elevada, enfermeira especialista, pelo que por estes motivos, a postura e nível de conhecimento demonstrado relativamente às matérias em causa deve ser necessariamente mais elevado e completo.

2.2 Segundo objectivo

Prestar cuidados de enfermagem, ao nível da intervenção integrada, no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas.

ACTIVIDADES PLANEADAS

- Promoção de uma relação empática, facilitadora da relação de ajuda e/ou comunicação terapêutica com os utentes e família, salientando junto dos familiares a importância destes no processo de tratamento;
- Realização de colheita de dados de forma objectiva e identificação das necessidades de intervenção;
- Realização da consulta de enfermagem, tendo o cuidado de:
 - Preparar o ambiente para receber os utentes e família
 - Visualizar previamente o processo do utente, caso exista;
- Planeamento das intervenções de enfermagem, sempre que possível em parceria com a família e de acordo com as necessidades identificadas;
- Realização de intervenções específicas em função dos problemas concretos identificados (doenças sexualmente transmissíveis, promoção de comportamentos sexuais seguros, prevenção de consumos);
- Promoção da adesão ao regime terapêutico estabelecido;
- Realização de ensinamentos aos utentes e famílias, em função das necessidades identificadas, proporcionando espaço para o esclarecimento de dúvidas;
- Validação da eficácia das intervenções de enfermagem efectuadas;
- Elaboração de registos de forma clara e objectiva dos procedimentos efectuados, de forma a contribuir para a continuação dos cuidados.

O facto de durante o estágio ter integrado as diferentes equipas do CRI, foi um contributo extremamente valioso para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Permitiu-me obter uma visão mais abrangente e aprofundada da problemática da toxicodependência, assim como das estratégias utilizadas no sentido de dar resposta, de uma forma integrada.

De acordo com a ressalva feita no Projecto de Estágio, as actividades planeadas não eram vinculativas nem inflexíveis, pelo que foram sendo ajustadas ao longo do estágio.

2.2.1 Equipa Técnica Especializada de Prevenção (ETEP)

As estratégias preventivas constituem um dos vectores essenciais de qualquer estratégia de controlo do problema da droga. Ao longo de mais de vinte anos de investigações sobre o uso de drogas, o National Institute on Drug Abuse (NIDA) identificou alguns princípios importantes a ter em conta na elaboração de programas de prevenção. O NIDA preconiza que estes programas devem ter como meta diminuir a probabilidade do jovem se envolver de maneira indevida com o uso drogas. Para isso, os programas de prevenção ao uso de drogas devem enfatizar a redução dos actores de risco e ampliação dos factores de protecção.

Atendendo à multiplicidade as causas existentes, torna-se evidente que a prevenção da toxicodependência não é específica de uma faceta particular da vida. No fundo, tal como alguém já afirmou, a prevenção da toxicodependência é a prevenção da infelicidade e das imperfeições sociais e humanas.

De acordo com o Plano de Actividades 2009, do IDT, “o principal objectivo da prevenção é, sem dúvida, evitar o consumo de qualquer substância psicoactiva, com especial incidência nos jovens”. As estratégias preventivas desenvolvidas pela ETEP, seguem as linhas orientadoras preconizadas no Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência 2005-2012. Nesta medida, a ETEP possui alguns programas e projectos, nos quais tive oportunidade de participar activamente, alguns dos quais irei abordar de forma mais pormenorizada.

Programa Atlante – Enfrentar o Desafio das Drogas

Um projecto que considerei particularmente importante foi o «**Programa Atlante – Enfrentar o Desafio das Drogas**» (anexo V). Trata-se um programa de prevenção do consumo de substâncias psicoactivas, de aplicação em meio escolar, dirigido a alunos do 2º e 3º ciclos do Ensino Básico, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos.

É um programa de Prevenção Universal e de desenvolvimento de competências psicossociais com base em áreas temáticas, tais como: Informação sobre Substâncias Psicoactivas, Crenças, Atitudes, Influência Social, Auto-Estima, Tomada de Decisões, Pressão de Grupos e Ocupação de Tempos Livres. A sua aplicação decorre ao longo de quatro anos lectivos numa perspectiva longitudinal. Desta forma cumpre o que é preconizado a nível internacional na medida e que é um programa a longo prazo, que garante a continuidade das acções preventivas que são fundamentais para mudar o comportamento das pessoas sobre o risco do uso de droga (Meyer, 2003).

Durante o meu estágio tive oportunidade participar em dois encontros de formação de professores. O primeiro decorreu na Escola E.B. 2,3 Eng. Nuno Mergulhão, em Portimão, e

reuniu cerca de duas dezenas de professores dos 6º e 7º anos. O segundo encontro teve lugar no Centro de Formação de Professores, em Faro, e reuniu professores do 6º ano.

Nestes encontros houve lugar para uma troca de experiências e discussão de situações práticas da actividade docente. Pelo que pude constatar, existe um sentimento generalizado de falta de apoio e reconhecimento, por parte dos pares, pelo trabalho realizado. Contudo, alguns dos professores que se encontram no segundo ano de aplicação do programa, referem que o balanço é positivo e que é perceptível alguma mudança nas atitudes dos alunos.

Este “projecto-piloto” iniciou-se no Algarve, no ano lectivo de 2005/2006 e encontra-se em avaliação pelo Departamento de Psicologia da Universidade do Algarve, no que se refere ao processo e resultados

Ainda no âmbito da intervenção em meio escolar, tive oportunidade de participar no **Workshop «Eu e os Outros»**, que decorreu em Silves. A participação neste workshop ocorreu no âmbito do 9º Fórum de Educação e Desporto, que decorreu na cidade de Silves entre 20 e 24 de Maio de 2009.

O programa “Eu e os Outros” (anexo VI) é um projecto de prevenção do tipo universal, que tem por objectivo promover a reflexão em grupo sobre temas ligados à adolescência, promovendo os processos de tomada de decisão em grupo. Encontra-se, assim, em perfeita consonância com os princípios de prevenção do NIDA, que refere que “os programas e prevenção para crianças e adolescentes devem incluir métodos interactivos que se adaptem à idade, com grupos de discussão entre companheiros e solução de problemas e tomada de decisão em grupo (EISP, NIDA).

Os aplicadores são estudantes da Escola Superior de Educação, da Universidade do Algarve, que se encontram envolvidos no projecto, no âmbito do estágio. O papel da ETEP engloba formação dos aplicadores e a supervisão.

Participaram na sessão, 13 alunos da Escola EB 2.3 do Algoz, onde este programa está a decorrer. O objectivo deste workshop foi dar a conhecer este programa a alunos e docentes que participaram no fórum.

A avaliação do Projecto “*Eu e os Outros*” é feita através da aplicação dos questionários: ROPELOC; CNS-IE E CABS (anexo X). Estes questionários são aplicados, aos alunos no início do ano lectivo, antes de iniciar o Projecto, e no final do ano lectivo, após a aplicação do mesmo. Uma vez que o meu estágio coincidiu com o fim do ano lectivo, colaborei com a ETEP na introdução dos questionários na base de dados relativos.

Projecto de Redução de Riscos em Meio Académico

Muito interessante, do ponto de vista pessoal e profissional, foi a participação no «**Projecto de Redução de Riscos em Meio Académico**» (Anexo IV). Este projecto visa a criação de

equipas de voluntários do Ensino Superior que, mediante um processo formativo e o acompanhamento técnico por parte do IDT, desenvolverão uma intervenção junto aos frequentadores da semana académica, segundo um modelo de redução de riscos.

Particpei, como formanda, nos seis módulos num total de 20 horas de formação (Anexo IV), que versaram sobre temas como:

- Dinâmica de grupos;
- Efeitos das diversas substancias e enquadramento legal;
- Modelos e princípios da intervenção em contextos recreativos;
- Estratégias de abordagem na relação de ajuda;
- Gestão de conflitos e situações de crise;
- Cuidados básicos de saúde
- Planificação e organização da intervenção.

Em virtude dos meus conhecimentos e experiência profissional, tive oportunidade de intervir acabando por colaborar com os formadores em alguns dos temas, nomeadamente nas estratégias de Abordagem na relação de Ajuda, na gestão de conflitos e situações de crise e nos cuidados básicos de saúde.

A intervenção na Semana Académica do Algarve, decorreu de 09 a 16 de Maio de 2009 (Anexo XI). A intervenção consistiu na entrega de panfletos informativos acerca das drogas, preservativos e chupa-chupas à multidão. Na unidade móvel, realizamos um elevado número de testes de alcoolemia. Estas intervenções proporcionavam-nos um momento, breve mas importantíssimo, de educar para a saúde e fazer algum aconselhamento relativamente aos riscos de conduzir sob efeito do álcool. Numerosos jovens chegaram até nós com taxas de alcoolemia muito elevadas. A mais elevada de que tenho registo foi de 3,5 mg/dl. Nestes casos procurávamos saber se a pessoa se encontrava acompanhada, aconselhávamos ingestão de água e alimentos e a não conduzir.

Durante a entrega de preservativos, não era nosso objectivo realizar ensinamentos para a saúde. Ainda assim, fomos abordados por algumas jovens que solicitavam informação, sobretudo acerca do preservativo feminino: segurança, modo de colocação, etc. Aqui, uma vez mais me valeu o facto de ser enfermeira pois, algumas das jovens voluntárias sentiam algum constrangimento e insegurança em abordar esses assuntos.

Na intervenção na Semana Académica do Algarve estiveram envolvidos 9 voluntários e 4 técnicos do IDT. O tipo de intervenção feito durante a noite era registado no impresso próprio chamado “diário de bordo” que, no fim da intervenção, era entregue ao responsável de serviço. Devido à dificuldade em aceder a indicadores de processo relativos a essa intervenção limitar-me-ei a fazer uma avaliação, que é apenas minha, de todo este processo. No que respeita à formação, considero que foi muito boa, em termos de qualidade e de metodologia

adoptada. A relação estabelecida entre técnicos e voluntários foi igualmente boa. Estes dois aspectos – formação e relação – permitiram um nível de compromisso elevado, não se tendo verificado nenhuma desistência. Considero, também, muito boa aceitação por parte do público-alvo, que superou as minhas expectativas. Não querendo parecer simplista considero que, com esta intervenção, se obtiveram ganhos em termos de saúde, sobretudo a nível da prevenção de acidentes de viação. Com efeito, após a realização dos testes de alcoolemia conseguimos dissuadir alguns jovens de conduzir nessa noite, devido à taxa de alcoolemia que apresentavam.

Intervenções em meio escolar

Ainda no âmbito das intervenções em meio escolar, participei em duas acções de formação/informação de carácter pontual. Ambas decorreram na Escola EB 2.3 D. Afonso III, em Faro. Pérez (2002) refere que “estas intervenções pontuais e meramente informativas estão desaconselhadas e os seus resultados são duvidosos”. Contudo, Meyer (2005) defende que as acções preventivas podem ser inicialmente pontuais. Apesar de esta não ser a solução ideal estas atitudes precisam de ser incentivadas e valorizadas, defende o autor.

A realização destas sessões foi solicitada ao IDT por duas professoras da referida escola. Na primeira sessão participaram dezasseis alunos, com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos. Na segunda sessão, participaram apenas sete alunos, cuja média de idades rondava os 12 anos. Optamos por uma metodologia interactiva, adaptada à idade dos jovens. Começamos as sessões com um exercício do tipo “quebra-gelo”. Quando já todos estavam mais à vontade, abrimos o “debate”, tentado perceber o que eles sabiam e o que gostariam de saber acerca do consumo de drogas, o que pensavam e as dúvidas que os assaltavam.

Os alunos do primeiro grupo pertenciam a uma faixa etária em que já saem à noite e alguns deles já tinham iniciado o consumo de substâncias. Alguns desses jovens partilharam a sua experiência, mais ou menos curta, mas que permitiu dialogar e reflectir sobre os efeitos das drogas na nossa saúde. Abordamos alguns aspectos ligados à pressão do grupo e à importância de tomar decisões de forma livre, consciente e esclarecida.

Na turma de alunos mais novos notava-se, sobretudo curiosidade. O conhecimento que tinham era muito vago, tinham a noção de que era nocivo para a saúde e pouco mais. Nesse grupo, falamos na importância de desenvolvermos uma atitude crítica e sermos cidadãos informados para podermos tomar decisões de forma livre e esclarecida.

No final de cada sessão, reunimos com as respectivas professoras para avaliar a sessão. Todos nós consideramos que a participação dos jovens tinha sido bastante boa. Regra geral, os alunos mostraram-se receptivos e partilharam as suas ideias e crenças acerca do tema.

Ambas as professoras mostraram interesse em continuar a trabalhar este tema com os jovens e manifestaram o desejo de integrar o Programa Atlante, no ano lectivo de 2009-2010. No entanto, creio que, apesar a satisfação, facilmente estes propósitos caem no esquecimento. Teria sido pertinente “cativar” estas professoras, incentivando-as a manter um contacto regular com a equipa de prevenção, com os seus projectos, por forma a garantir a continuidade destas iniciativas.

2.2.2 Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET)

As primeiras três semanas de estágio decorreram na Consulta Externa de Olhão. Durante este período tive oportunidade de colaborar na implementação do programa KLOTTO, para despiste de VIH aos utentes. Este teste é feito a todos os utentes aquando da primeira consulta. Os restantes utentes realizam o teste anualmente ou quando a pessoa refere ter tido comportamentos de risco.

A realização destes testes permitiu-me desenvolver a minha actuação como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, através das sessões de aconselhamento, uma vez que a realização deste tipo de teste pressupõe que seja efectuado uma sessão de pré e pós aconselhamento.

A realização do aconselhamento pré-teste, assim como a possibilidade de efectuar aconselhamentos para a promoção de comportamentos para a saúde e minimização de riscos foi particularmente pertinente e contribuiu imenso para o meu crescimento pessoal e profissional, na medida em que foi possível colocar em prática determinados conhecimentos que tinha adquirido aquando da parte teórica do curso de especialidade. A intervenção junto de um utente que deseja realizar o teste VIH, envolve uma enorme carga emocional, pois este tipo de utentes, devido aos diferentes tipos de comportamentos de risco que adoptam encontram-se permanentemente em períodos janela, pelo que a incerteza da realização do teste desenvolve nestes utentes uma enorme ansiedade, a que o profissional de saúde deve saber actuar e contribuir para a redução dos níveis emocionais. Felizmente, durante o período de tempo em que tive a oportunidade de colaborar com a equipa ETEP, não foi necessário transmitir o resultado de um teste que tivesse sido reactivo.

Além dos testes rápidos de VIH, tive ainda oportunidade de realizar colheitas de sangue a utentes que iam dar entrada na UD. Participei também no despiste de drogas na urina a utentes do programa de substituição com Metadona ou com Subutex. Estas intervenções, apesar de breves no tempo, permitiam uma abordagem terapêutica de apoio emocional, esclarecimento de dúvidas ou ensinios para a saúde.

Neste período manifestei o desejo de assistir a duas consultas de psicologia de utentes em programa de substituição com Metadona, o que me foi autorizado. Por norma, estes utentes vão à consulta mensalmente, quando estão em Programa de Alto Limiar de Exigência, ou de três em três meses, quando se encontram em Programa de Diminuição de Riscos. Durante o decorrer das consultas de psicologia, tive oportunidade de efectuar ensinamentos para a saúde no sentido de minimizar alguns dos efeitos secundários da metadona que os doentes referiram, nomeadamente a obstipação, retenção de líquidos e aumento ponderal.

Tive, ainda, oportunidade de participar na consulta descentralizada de enfermagem. Esta consulta descentralizada decorre uma vez por semana, à segunda-feira em Vila Real de Santo António e à terça-feira em Tavira e contam com a presença de um médico e uma enfermeira da ETET. A consulta de enfermagem revelou-se como um espaço privilegiado de interacção e relação de ajuda. Proporcionou-me a oportunidade de acolher um utente, referenciado pelo Serviço de Psiquiatria de um hospital central, com diagnóstico de alcoolismo. O acolhimento é “um dos momentos de excelência em que se exige ao Enfermeiro que a relação estabelecida atinja o equilíbrio entre o factor humano e a componente técnica” (MBP, IDT, 2009). O acolhimento exige do enfermeiro, a mobilização de competências pessoais e profissionais no domínio da comunicação pois, grande parte das pessoas só volta se dor cativada (anexo XII). No acolhimento que efectuei, a pessoa encontrava-se relutante por se encontrar numa consulta de toxicodependentes e verbalizava arrependimento de ter lá ido. Foi necessário mobilizar esforços para que esta pessoa se sentisse acolhida e respeitada. Foi-lhe fornecida a informação que consideramos necessária para uma decisão esclarecida. A pessoa acabou por aceitar o tratamento e dali passou para a consulta com o médico, já com outra atitude e confiança.

A Educação para a Saúde foi uma estratégia que me acompanhou ao longo de todo o estágio, dado que esta é uma das formas mais promissoras para promover a adopção de comportamentos saudáveis e a modificação de comportamentos prejudiciais à saúde, de forma sustentada. A Educação para a Saúde revelou-se particularmente útil aquando da minha permanência na Unidade de Dispensa de Terapêutica de Substituição (UDTS). Nesta unidade, pela proximidade que existe entre o pessoal de enfermagem e o quotidiano dos utentes e famílias, são identificadas necessidades e desenvolvidas acções que levam ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis. A dispensa de terapêutica de substituição constitui um momento único de proximidade, que permite ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria avaliar a situação do utente e intervir a nível do aconselhamento, da educação para a saúde ou implementação de técnicas psicoterapêuticas que promovam a mudança de comportamentos.

Durante a minha permanência nesta equipa, o principal constrangimento com que me deparei foi a inexistência de enfermeiro especialista, quer na Consulta Externa, quer na Unidade de Dispensa de Terapêutica. Devido a esta situação, por vezes, senti-me pouco apoiada e mesmo limitada na implementação de intervenções psicoterapêuticas. Ainda assim, a minha passagem por aquelas duas unidades proporcionou-me a aquisição de conhecimentos relativos ao tratamento de toxicodependentes que se têm revelado muito úteis na prestação de cuidados no serviço de psiquiatria onde exerço funções.

2.2.3 Equipa Técnica Especializada de Reinserção

No âmbito da reinserção tive oportunidade de participar nas actividades correspondentes às diversas etapas do processo, nomeadamente, **acolhimento**, **encaminhamento** e **acompanhamento**.

O **acolhimento** constitui o suporte de qualquer intervenção e visa que o utente se sinta como fazendo parte a equipa terapêutica e ocupe o seu lugar de centralidade na mesma (MBP, IDT, 2009). Na entrevista de acolhimento, à qual tive oportunidade de assistir, como habitualmente, estiveram presentes vários elementos da equipa. Não existem temas pré-estabelecidos. Regra geral, evitam-se as conversas que decorrem à volta dos consumos, privilegiando-se os projectos para o futuro. Neste caso, a utente manifestou desejo de ingressar num curso profissional, uma vez que possui apenas o 6^a ano e se encontra desempregada. Foi então atribuído um técnico que passará a acompanhar a utente em todo o processo. A partir deste momento, reuniram-se ambos para conversar e delinear estratégias, as quais não me foi possível acompanhar por falta de tempo pois, o processo de reinserção é, regra geral, longo.

Em relação ao **acompanhamento** de utentes, tive oportunidade de realizar uma visita, juntamente com uma das terapeutas, a um utente que se encontrava em estágio profissional no âmbito do Programa Vida Emprego. Esta foi uma visita que me fez reflectir acerca das dificuldades com que estes se deparam no momento de se inserirem no mercado de trabalho pois carregam o “estigma da droga”. Neste caso, deparamo-nos com uma situação que consideramos reprovável, por parte do empregador, sendo necessária a intervenção da terapeuta para salvaguardar os direitos do utente. Durante a minha permanência nesta equipa, foi-me permitido acompanhar a evolução deste caso, em que foi necessária a intervenção repetida da terapeuta no sentido de apoiar garantir o cumprimento dos direitos do utente. Como refere Watson (1988), citada por Lopes (2006), o conceito de “human care” implica um compromisso moral de protecção da dignidade humana.

Esta situação reflecte, de alguma forma, a dificuldade que existe em reinserir um toxicodependente no mercado de trabalho. Além da intervenção dirigida à pessoa que pretendemos reinserir, existe todo um trabalho que é necessário desenvolver, de forma a

reduzir o estigma e promover a aceitação destas pessoas por parte da sociedade e das empresas. Este trabalho passa pela preparação e sensibilização dos empregadores para a realidade com que se vão confrontar, e para o papel que podem desempenhar como condicionante central no percurso de integração de toxicodependentes (Ló, 2005). Posteriormente, torna-se necessário o acompanhamento e intervenção continuada, junto dessas mesmas entidades, tendo em vista uma atitude menos preconceituosa em relação à toxicodependência.

Como refere Ló (2005), “a atitude preconceituosa dos empregadores pode conduzir à discriminação negativa mas também à excessiva protecção do trabalhador apoiado, concorrendo nas duas situações para a formação de um estigma (...) que não é positivo nem complementa o trabalho técnico e terapêutico desenvolvido em sede de tratamento e no âmbito da própria mediação.”

2.3 Terceiro objectivo

Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente internado para Tratamento do Síndrome de Privação, utilizando uma metodologia científica de trabalho.

ACTIVIDADES PLANEADAS

- Apresentação ao enfermeiro responsável e às equipas multidisciplinares;
- Observação da estrutura arquitectónica, funcionalidade e espaço físico;
- Observação das dinâmicas e métodos de trabalho das equipas multidisciplinares;
- Consulta das normas e protocolos de actuação;
- Identificação dos critérios de admissão e alta do doente;
- Promoção de uma relação empática, facilitadora da relação de ajuda terapêutica com os doentes e família, salientando junto dos familiares a importância destes no processo de tratamento e reabilitação;
- Realização de colheita de dados e entrevista ao doente de modo a identificar as necessidades de intervenção;
- Planeamento das intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas;
- Promoção da adesão ao regime terapêutico estabelecido;
- Ajuda ao doente de modo a facilitar a identificação e desenvolvimento de mecanismos de coping eficazes e adaptativos;
- Elaboração de registos de forma clara e objectiva, contribuindo para a continuidade dos cuidados.

As actividades desenvolvidas com vista à satisfação deste objectivo foram desenvolvidas durante a minha permanência na Unidade de Desabilitação (UD), da Direcção Regional do Algarve do IDT.

A Unidade de Desabilitação fica situada na Aldeia de Marim e foi inaugurada a 5 de Março de 2008. Trata-se de umas instalações modernas, com capacidade para 14 utentes. Tem 7 quartos duplos, com WC privativo, e um quarto de isolamento. Conta ainda com várias salas de tratamentos, ginásio, sala de hidroterapia e dois ateliês. Os utentes podem ainda desfrutar de um amplo espaço exterior, com campo de futebol, onde podem passar os tempos livres, desfrutando o ar puro do campo. O edifício possui um sistema de vídeo-vigilância interno e externo. A zona dos quartos é fisicamente separada da área de dia, de forma a evitar o isolamento e a inactividade dos utentes.

A equipa multidisciplinar é constituída por um médico, um psicólogo, uma animadora sociocultural, uma técnica do serviço social, dois psicoterapeutas e enfermeiros. Durante este período de estágio, tive o privilégio de ser orientada pelo Enfermeiro Rebelo, especialista em saúde mental e psiquiatria e coordenador de enfermagem da referida unidade.

Fazer um tratamento de desabituação é muito mais do que deixar de consumir. O tratamento da dependência química é acima de tudo a busca de um novo estilo de vida. É uma mudança árdua e complexa. A actuação dos profissionais envolvidos no processo de tratamento não pode limitar-se a tratar os sintomas de abstinência, deve ir mais além, de modo a compreender a pessoa na sua globalidade, ajudando-a a promover as mudanças que ambos entendam necessárias (Carvalho et al, 2000).

Esta mudança, árdua e complexa, passa pela superação de automatismos, de crenças e de estilo de vida. Contudo, implementar uma mudança requer disposição e força de vontade e muito apoio porque a motivação para a mudança não é estável. Ela é desencadeada, mantida e estimulada pelos relacionamentos do indivíduo com os objectivos por ele traçados e com as pessoas que formam sua base de apoio.

Na prestação de cuidados à pessoa em tratamento de desabituação, procurei utilizar uma metodologia científica de trabalho. As intervenções de enfermagem implementadas foram a Entrevista Diagnóstica de Enfermagem e Motivacional, a Educação para a Saúde e o Relaxamento.

2.3.1 Entrevistas Diagnóstica de Enfermagem e Motivacional

As técnicas de Entrevista Diagnóstica de Enfermagem e Motivacional foram implementadas e desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados a quatro utentes em tratamento na Unidade de Desabituação. Para descrever a minha intervenção junto dos referidos utentes, de uma forma sistemática, recorri às fases do processo relacional, tal como Lopes (2006) o descreveu:

I - Início da Relação – Processo de Avaliação Diagnóstica

Como já foi dito, esta fase inicia-se, normalmente, antes da enfermeira e o doente se encontrarem, através das actividades de preparação desenvolvidas pela enfermeira e conclui-se com o primeiro encontro. Nesta fase ocorre, frequentemente a entrevista de admissão, a qual dá início ao “Processo de Avaliação Diagnóstica”, orientado em três direcções: o que o doente sabe, o que o preocupa, e as estratégias/capacidades do doente. É nesta fase da relação que se testam os factores de aproximação entre a enfermeira e o doente, tais como: a “atitude clínica proactiva”, os cuidados e a sua qualidade, a disponibilidade, a proximidade, a simpatia, o carinho, a alegria e a personalização (Lopes, 2006).

Durante o primeiro encontro, com cada um dos utentes, procurei colher os dados sobre a saúde da pessoa através da entrevista de avaliação diagnóstica e exame do estado mental (Anexo XIII). De acordo com os problemas detectados, foram traçados os seguintes diagnósticos de enfermagem, de acordo com a linguagem CIPE:

- Coping ineficaz
- Conhecimentos, défice
- Auto-estima, diminuída
- Insónia, actual
- Tristeza, actual
- Força de vontade, diminuída

Uma vez feito o diagnóstico, procedi ao planeamento das intervenções de enfermagem autónomas de enfermagem. Como futura especialista de saúde mental e psiquiatria, procurei desenvolver intervenções autónomas de enfermagem. “Uma intervenção autónoma de enfermagem constitui uma acção realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem, tendo por finalidade produzir um resultado sensível aos cuidados de Enfermagem” Sequeira, 2006:17).

II – Corpo da Relação – Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem

Nesta fase, “a partir de um conhecimento e confiança que se vai construindo, e guiados por uma reavaliação sistemática da situação”, é desenvolvido o essencial da intervenção (Lopes, 2006)., ou seja, a relação, como intervenção terapêutica, é essencial no processo de mudança da pessoa. Borges-Ferreira e Cunha Filho (2007) mencionam três técnicas utilizadas com vista à mudança de comportamentos, nomeadamente, o Aconselhamento, a Entrevista Motivacional e a Prevenção da Recaída.

O Aconselhamento esteve sempre presente e acompanhou todo o processo de seguimento destes quatro utentes. A Entrevista Motivacional desenvolveu-se, essencialmente, durante o corpo da relação. A Prevenção da Recaída iniciou-se durante o corpo da relação, contudo, é no fim da relação que ela se desenvolve mais intensamente.

No decorrer a entrevista, tive a preocupação em desenvolver os cinco princípios básicos, da Entrevista Motivacional, que são: expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar a argumentação, diminuir a resistência e reforçar a auto-eficácia.

No decorrer das entrevistas solicitei aos utentes o preenchimento de uma folha de exercício do balanço decisional, de Sylwan (2002) (anexo XIV). Este exercício tem uma função construtiva importante, “os clientes são obrigados a olhar para os seus valores e expectativas e a pesar

ambos os lados do seu comportamento e de uma possível mudança, articulando assim os dois lados que caracterizam a sua ambivalência” (Ferreira-Borges e Filho, 2007:72).

Após a realização do exercício, tinha o cuidado de analisar o seu conteúdo, juntamente com o utente, a fim de validar algumas das suas percepções, as quais, por sua vez, têm influência sobre a motivação para a mudança.

III - Fim a relação - Prevenção da recaída

A desabitação física que é feita na Unidade de Desabitação é, apenas, um dos passos do tratamento. Esta fase é muito curta, restando, ainda, um longo trajecto para reaprender novos estilos de vida. O tratamento é um processo demorado que implica, não só a paragem dos consumos, mas também a definição e a prática de uma estratégia de prevenção da recaída. As recaídas no consumo significam voltar a consumir, após um período de abstinência. Para os toxicodependentes empenhados n tratamento, este constitui um dos seus maiores receios.

Trigo (2006), refere que existem estudos que confirmam a eficácia das técnicas de prevenção de recaída, na redução os consumos de substâncias e na melhoria do ajustamento psicossocial. Nesta fase da relação, a minha intervenção teve como objectivo:

- Sensibilizar os utentes para a necessidade de continuar em tratamento após a desabitação;
- Alertar para os factores, pessoais e ambientais, que contribuem para a prevenção da recaída, tais como: estados emocionais negativos, intensificação dos estados emocionais positivos, teste do controle pessoal, rendição às tentações ou compulsões, conflitos interpessoais, pressão social, etc.
- Prevenir a recaída, dialogando com o utente sobre a importância de adquirir novos estilos de vida: regular hábitos alimentares, reiniciar actividade laboral, adquirir novas amizades (deixar o grupo), ocupar os tempos livres, frequentar regularmente a consultas do CAT, etc.

O seguimento destes quatro utentes revelou-se de grande intensidade e exigência, uma vez que este processo se desenvolve num curto espaço de tempo. Os internamentos têm uma duração média de 10 dias. Durante esse período de tempo, as respostas dos utentes ao tratamento são muito variáveis e, por vezes, imprevisíveis. Estes factores são um desafio para os enfermeiros pois, como refere Rosa (2000), “cuidar um toxicodependente implica conhecê-lo ou, pelo menos, procurar entendê-lo”.

O facto de nenhum dos utentes que acompanhei abandonar o tratamento foi muito gratificante para mim.

2.3.2 Técnica de Relaxamento

De entre as várias técnicas de relaxamento existentes, na sessão que realizei na Unidade de Desabilitação, o método eleito foi Misto (Jacobson + Shultz), com invocação do slide a paz (sugestão para imaginário), com alusão ao “poder da árvore (anexo XV). A eleição deste método foi surgiu após avaliação dos utentes e sondagem da opinião do meu tutor de estágio. Ambos consideramos ser o mais adequado para estes utentes devido às queixas que estes apresentam, relacionadas com a sintomatologia de abstinência (consultar anexo XVI).

Na aplicação da técnica de relaxamento foram tidos em conta aspectos como:

- **Relação enfermeira-utente** pois, como refere Pereira (s/d), o êxito do relaxamento não depende de que o terapeuta seja muito bom com a técnica, mas que seja muito bom a motivar o utente, assegurando-se de que este aprende a reconhecer e relaxar a tensão muscular.
- **Ambiente físico** – refere-se sobretudo à sala de relaxamento, a qual deve ser tranquila, com uma temperatura constante entre 22-25°C e luz ténue, de forma que não incomode nem deixe o ambiente completamente escuro.
- **Voz do terapeuta** – no relaxamento progressivo, a voz segue em tom normal, um pouco baixo e pausado.
- **Apresentação da técnica** – esta deve conter os seguintes pontos: finalidade e relação com o problema do utente, em que consiste a técnica em termos gerais, em que consiste a sessão actual

A sessão teve a duração de, aproximadamente 20 minutos e contou com a participação de sete utentes. Durante a sessão tive o cuidado de circular pela sala, de forma a observar atentamente a resposta dos participantes ao que lhes era proposto. Inicialmente, alguns utentes tiveram dificuldade em relaxar, movendo-se frequentemente. Estes movimentos, aliados à postura rígida, deixavam adivinhar alguma tensão que, pouco a pouco se foi desvanecendo. Quando chegamos ao slide da paz, os utentes encontravam-se perfeitamente relaxados, imóveis, com uma respiração calma e profunda.

A efectividade da sessão pode ser avaliada de diversas formas, nomeadamente, a monitorização da frequência cardíaca e temperatura corporal, através do biofeedback e dos testemunhos dos participantes. Nesta sessão elegemos a última. Após o “despertar”, progressivo e suave, procedemos discussão dos sentimentos experimentados por cada participante durante a sessão. Durante cerca de 10 minutos, foi oferecida a palavra a cada

utente. Todos verbalizaram que se sentiam muito melhor e que gostariam de repetir, o que foi feito pelos enfermeiros que se encontravam de serviço no dia seguinte. Estas sessões de relaxamento são uma prática regular na unidade.

2.3.3 Sessão de Educação para a Saúde

A Sessão de Educação para a Saúde, realizada para os utentes a UD foi subordinada ao tema do “*Álcool: Uso, Abuso e Dependência*” (Anexo XVII). A escolha do tema foi feita a partir do diagnóstico da situação, que tracei com base nas entrevistas. O objectivo geral desta sessão foi sensibilizar os participantes para a importância do consumo moderado e responsável de bebidas alcoólicas. Para tal, delineei os seguintes objectivos específicos:

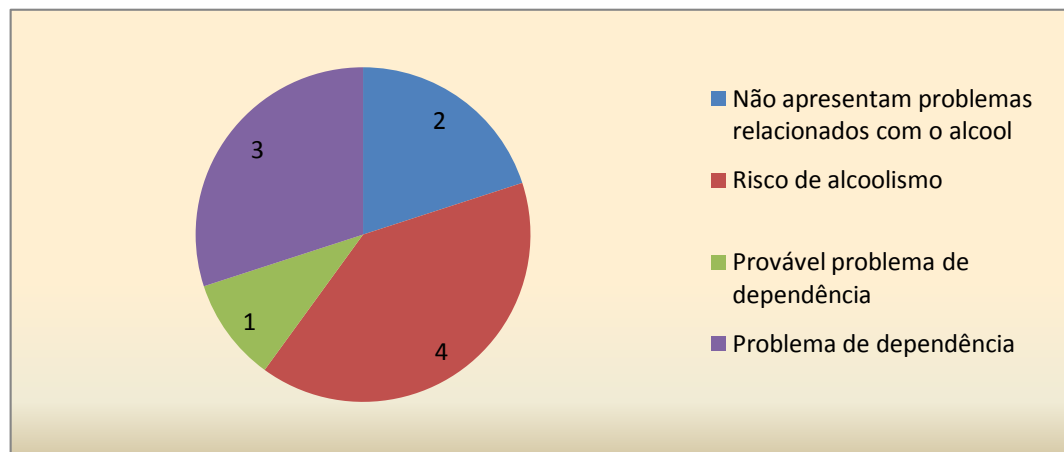
- Esclarecer o conceito de uso, abuso e dependência;
- Reflectir sobre os efeitos nocivos do álcool;
- Desmistificar algumas ideias em torno das bebidas alcoólicas.

O método utilizado foi o afirmativo e interactivo, com recurso à técnica de exposição e interacção. Desde o primeiro momento, tive a preocupação de solicitar a participação dos utentes e promover o debate. Dos onze utentes que assistiram à sessão, a maioria participou activamente no mesmo. A meio da sessão, solicitei o preenchimento do questionário CAGE (anexo XVIII) e, logo a continuação projectei a chave que permite interpretar as respostas dadas. Nesta altura expliquei aos utentes como deveriam fazer a leitura dos resultados encontrados, para que eles próprios tomassem consciência da sua situação relativamente ao consumo/abuso de álcool.

Este exercício, além de ajudar os utentes a tomarem consciência da sua relação com o álcool, permitiu a troca de opiniões, o esclarecimento de dúvidas, a desmontagem de alguns mitos e crenças relacionados com o consumo de álcool. Abriu, ainda, espaço à reflexão acerca dos riscos para a saúde. Alguns utentes partilharam a sua própria experiência de dependência do álcool.

A avaliação dos questionários permite-nos concluir que, oito dos dez utentes que preencheram o questionário, apresentavam problemas relacionados com o consumo de álcool: quatro apresentavam risco de alcoolismo, um apresentava provável problema de dependência, três encontravam-se em situação de dependência (os mesmos que estavam em tratamento de desabitação do álcool) e apenas dois não apresentaram qualquer problema relacionado com o consumo de álcool (ver gráfico 1).

Gráfico 1 – Resultados da aplicação do Questionário CAGE



Estes resultados vieram confirmar os dados de vários estudos e relatórios que apontam para um padrão de policonsumos. Por vezes, as pessoas substituem uma droga por outra, sem ter a noção de que as drogas lícitas são igualmente nocivas. Aliás, um dos utentes que acompanhei durante o internamento de desabituação de álcool começou o seu consumo abusivo de álcool após a entrada para o Programa de Metadona.

Para avaliação da sessão, elaborei um questionário (anexo XIX). Este instrumento de avaliação dos ensinos para a saúde foi adoptado pela equipa da UD, para avaliação das sessões de educação para a saúde feitas pelos enfermeiros do serviço.

No final da sessão foi solicitado aos participantes o preenchimento do referido questionário de avaliação. De um modo geral, a avaliação foi muito boa e apenas um utente referiu que o desenvolvimento da sessão não era adequado ao seu nível de conhecimentos.

Posto isto, considero que a actuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na vertente da promoção, da prevenção da iniciação do consumo de álcool e do tratamento da doença alcoólica, devem ser encarados como um desafio. Não basta informar as pessoas acerca dos malefícios do álcool. É necessário motivá-las a adoptarem estilos de vida saudáveis., valorizando os factores protectores da saúde individual e colectiva.

2.4 Quarto objectivo

Conhecer os projectos dinamizados pelo IDT nas diversas áreas de intervenção e as formas de articulação com instituições de saúde e outras.

A definição deste objectivo prende-se com uma necessidade pessoal e profissional, decorrente das dificuldades com que frequentemente me deparo, enquanto enfermeira num serviço de internamento de psiquiatria, no momento de orientar utentes e famílias em situações de comportamentos aditivos.

Tendo em conta que compete ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e psiquiátrica orientar “o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental” (OE, 2009: 26), quanto maior for o conhecimento do enfermeiro relativamente aos recursos e formas de articulação, tanto mais fácil será orientar o utente e família a quem presta cuidados.

ACTIVIDADES PLANEADAS

- Reuniões com o enfermeiro orientador;
- Participação nas reuniões e acções de formação;
- Estágio de observação no Movimento de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS);
- Estágio de observação na Comunidade Terapêutica ERA / Empatia Recuperação e Apoio;
- Estágio de observação na Clínica de Desintoxicação do Falacho – CREDESCO;
- Pesquisa no website do IDT

Para a prossecução das suas atribuições, o I.D.T pode articular-se com diversos serviços e entidades da área, nacionais e internacionais. (ver Anexo XX, Decreto-Lei n.º 221/2007, Artigo 3.º, item 3).

De uma forma geral as principais áreas de intervenção compreendem: Prevenção, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Desabilitação, Dissuasão, Investigação e Monitorização, Formação e Relações Internacionais. Durante este período de estágio no IDT, tive oportunidade de conhecer e uma vasta gama de programas e projectos, reconhecidos a nível internacional, nas diversas áreas de intervenção.

Foram momentos de formação e aprendizagem que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Uma vez mais, saliento a importância crucial do diálogo com os orientadores e a participação nas reuniões e acções de formação. Como refere Abreu

(2007:168), o diálogo entre o supervisor/tutor e o formando é importante para “i. confirmar saberes, oferecer apoio e dar pistas para o seu desenvolvimento, ii)conferir significados: ajudar o formando a desenvolver aprendizagens significativas, relacionando saberes actuais com situações anteriormente aprendidas; iii) favorecer a consciencialização: ter uma ideia mais consistente de si, dos outros e do contexto, bem como a sua posição face a todos estes”.

No referente a formação, no âmbito do Projecto Redução de Riscos em Contexto Académico, participei na formação de Redução de Riscos em contexto académico” (anexo XXI) num total de 20 horas de formação.

Na Unidade de desabitação, tive oportunidade de participar numa acção de formação sobre Acreditação da Qualidade, processo que está a ser iniciado no IDT. Foram abordados e trabalhados os Conceitos de Grupo, Equipa e Serviço. Realizamos ainda um trabalho de grupo sobre Missão, Visão e Valores. Como refere Abreu (2007:15), “a qualidade em serviços públicos é uma filosofia de gestão que permite alcançar uma maior eficácia e eficiência dos serviços, (...) e a satisfação das necessidades explícitas e implícitas dos cidadãos”. Daqui se depreende a importância de envolver todos os elementos da organização, neste caso o IDT, no Processo de Creditação de Qualidade. A qualidade é um imperativo para as organizações e um direito dos cidadãos que se encontra salvaguardado no Decreto-lei nº 166-A/99, de 13 de Maio.

Particularmente interessante, foi a participação na formação profissional”Dinâmicas de Grupo e Jogos Pedagógicos na Promoção de Competências”, que decorreu no Centro de Respostas Integradas (CRI), de Évora, do IDT. Esta formação profissional ocorreu no âmbito do Projecto “Eu e os Outros” e teve a duração de 14 horas de formação (anexo XXII).

No decorrer do estágio, considerei pertinente a alteração de algumas das actividades planeadas, mais concretamente as que se referiam aos estágios de observação MAPS, na Comunidade Terapêutica ERA e na Clínica de Desintoxicação do Falacho. Esta decisão surgiu após reflectir, com a orientadora e o tutor, sobre o interesse destes estágios. Julgamos mais pertinente realizar um estágio de observação na Comunidade Terapêutica do Azinheiro.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estágio realizado no Centro de Respostas Integradas do Algarve e na Unidade de Desabilitação representa uma importante etapa de um ciclo de aprendizagens em Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e, como tal, torna-se fundamental a sua avaliação.

Considero que este ensino clínico decorreu de uma forma profícua, permitindo-me a aquisição de competências específicas na área da Saúde Mental e Psiquiatria, que se traduzem num enriquecimento formativo, profissional e pessoal. Com um sentimento de satisfação, é agora possível afirmar que foram atingidos os objectivos inicialmente delineados.

Ao longo deste estágio tive oportunidade de colaborar em diversas actividades e projectos, a nível da prevenção, do tratamento e da reinserção. Procurei sempre actuar segundo uma metodologia científica de trabalho. Para isso recorri à pesquisa bibliográfica, à consulta das normas e protocolos dos serviços e à troca de opiniões e experiências com os colegas e tutores.

Na Equipa de Prevenção, tive oportunidade de participar em diversas actividades e projectos, nomeadamente a intervenção em contexto recreativo, intervenção em meio escolar e formação de professores. Tive também a oportunidade de participar em Acções de Formação, nomeadamente na “Redução de Danos em Contextos Recreativos” e “Dinâmicas de Grupo”.

É de salientar que a formação profissional sobre dinâmica de grupos se tem revelado muito útil na organização e implementação de actividades no serviço onde presto cuidados.

Na Equipa de Tratamento apesar dos constrangimentos que já referi, relacionados com a inexistência de enfermeiro especialista na UDTs e na Consulta Externa, considero que consegui contornar a questão e desenvolver um bom trabalho a nível do aconselhamento e dos ensinamentos para a saúde.

Na Unidade de Desabilitação tive oportunidade desenvolver e adquirir competências no exame do estado mental dos doentes ao meu cuidado, promovendo a relação de ajuda. Tive ainda oportunidade de conhecer e aplicar a Entrevista Clínica e Motivacional bem como de alguns outros instrumentos de avaliação.

Para terminar gostaria de salientar que este estágio se revelou muito útil para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais pelo que considero ter

atingido os objectivos delineados. Foi uma experiência extremamente enriquecedora do ponto de vista pessoal e profissional, que decerto me permitirá melhorar a qualidade dos cuidados prestados no serviço onde presto cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico**. Formasau, Formação e Saúde Lda., Coimbra: 2007. 295 p. ISBN 978-972-8485-87-0.

ABREU, Wilson – **Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?** - Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda., 2003. 70 p. ISBN 972-8485-35-2.

ALLIGOOD, Martha; TOMEY, Ann Marriner – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6.

BAKER, Robert e TRZEPACZ, Paula – **Exame psiquiátrico do Estado Mental**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001, ISBN 972-8449-77-1.

CORDO, Margarida – **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental – Das famílias para a instituição, da instituição para as famílias**. 1ª Edição. Lisboa: 2003. 177 p. ISBN 972-796-075-8.

DECRETO-LEI n.º 221/2007 de 29 de Maio - **Orgânica do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.** – Diário da República, 1ª série – N.º 103 de 29 de Maio de 2007.

FERREIRA-BORGES, Carina; CUNHA FILHO, Hilson – **Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas**. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. 217 p. ISBN 978-972-796-211-2.

FERREIRA-BORGES, Carina; CUNHA FILHO, Hilson - **Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependência**. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. 428 p. ISBN 972-796-150-9.

FERREIRA-BORGES, Carina; CUNHA FILHO, Hilson – **Usos, Abusos e Dependências: Aconselhamento** – Lisboa: Climepsi Editores, 2004. 275 p. ISBN 972-796-149-5.

FERREIRA-BORGES, Carina; CUNHA FILHO, Hilson; FRASQUILHO, Maria Antónia – **Organização de Intervenções Preventivas – Gestão dos Problemas de Saúde em Meio Escolar**. 1ª Edição. Lisboa: Gráfica Manuel Barbosa & Filhos, Lda., 169 p. ISBN 978-972-8710-97-2.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA - **Manual de Boas Práticas de Enfermagem no IDT, I.P.**, Lisboa: 2009.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA – **Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências 2005-2012**. Disponível em www.idt.pt.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA – **Plano operacional de Respostas Integradas** – PORI. Disponível em www.idt.pt.

KÉROUAC, Suzanne [e tal]. **El Pensamiento Enfermero**. Barcelona: Masson, S.A., 1996. 149 p. ISBN 84-458-0365-4.

LEI n.º 111/2009 de 16 de Setembro – Primeira Alteração ao **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.

LÓ, Alcina - **Contextos de Trabalho e Processos de Integração de Toxicodependentes** – Lisboa: Edição IDT, 2005. ISBN 978-972-9345-60-9.

LOPES, Cláudia – **Questões Metodológicas na Avaliação da Comorbidade de Distúrbios Psiquiátricos e Abuso de Drogas em Estudos Epidemiológicos** – Physis: Revista de Saúde Colectiva. Rio de Janeiro 19(1):235:250. 1999. ISSN 0103-7331 Versão impressa. Disponível em www.scielo.br.

LOPES, Manuel – **A Relação Enfermeiro-Doente Como Intervenção Terapêutica**. Coimbra: Formasau: Formação e Saúde Lda, 2006. 368 p. ISBN 972-8485-6-X.

LOPES, Manuel. – **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações**. 2ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2001. 216 p. ISBN 972-98149-0-2.

MEYER, Marine – **Guia Prático para Programas de Prevenção de Drogas** – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, São Paulo, 2003. Disponível em www.einstein.br.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano de Actividades 2009**. Disponível em www.portugal.gov.pt.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal**. Disponível em: www.portugal.gov.pt.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016**. Coordenação Nacional para a Saúde Mental: 2008. 56p. ISBN 978-989-95146-6-9.

MOREIRA, Paulo – **Para Uma Prevenção Que Previna**. 4ª Edição. Coimbra: Quarteto 2005. 155 p. ISBN 989-558-055-X.

MOREL, Alain; HERVÉ, François; FONTAINE, Bernard – **Cuidados ao Toxicodependente**. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 1998. 316 p. ISBN 972-8449-15-1.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE – **Enfoques para el tratamiento de la drogadicción**. Disponível em www.drugabuse.gov.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE – **Enseñanzas de investigaciones sobre la prevención**. Disponível em www.drugabuse.gov

NEEB, Kathy – **Enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2000. ISBN 972-8383-14-2.

NETO, Ana Paula – **O Processo de Reinserção Sócio-Laboral**. Trabalho apresentado no I encontro regional do Algarve do IDT, em 2009. Trabalho não publicado.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA - **Relatório Anual 2006: a evolução do fenómeno da droga na Europa**. Luxemburgo: Serviço de Publicações da União Europeia: 2009. ISBN 978-92-9168-393-2.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA – **Relatório Anual 2006: A Evolução do Fenómeno a Droga na Europa**. Disponível em www.emcdda.europa.eu

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Sistema de Individualização das Especialidades em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Caderno temático. Lisboa 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Consulta de Enfermagem**. Lisboa 2006. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. (Decreto Lei n.º 104/98, de 21 de Abril). Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Relatório Mundial da Saúde 2001 - Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. Direcção Geral da Saúde. 1ª Edição. Lisboa: 2002. 207 p. ISBN 972-675-082-2.

PÉREZ, Ana – **Informação Geral para prevenção das toxicodependências** – 3ª Ed. – Madrid: Ancares Artes Gráficas, 2002. 81 P. ISBN 84-87806-80-5.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2005. ISBN 972-8383-84-3.

PORTARIA n.º 648/2007, de 30 de Maio – **Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.** (IDT, I.P.) – Diário da República, 1.ª série – N.º 104 – 30 de Maio de 2007.

REDMAN, Barbara – **A Prática da Educação para a Saúde**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2003. ISBN 972-8383-39-8.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa – **Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda., 2005. 155 p. ISBN 972-8485-52-2

ROSA, Amorim; GOMES, José; CARVALHO – **Toxicodependência: Arte de Cuidar**. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2000. 143p. ISBN 972-8485-15-8.

SEQUEIRA, Carlos - **Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto, 2006. 234 p. ISBN 989-558-083-5.

SILVA, Raquel – **Técnicas de Relaxamento e Revitalização**”. Disponível em www.scrib.com. Acesso em 13/02/2010.

SOUSA FILHO, Paulo – Introdução aos métodos de relaxamento. In: Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais. 2009. Disponível em www.centroreichiano.com.br/artigos. ISBN 978-85-87691-16-3.

STUART, Gail; LARAIA, Michele; **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**, 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. 958 p. ISBN 0-8151-2603-4.

TAYLOR, Cecilia – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIGO, Miguel – **Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotina-dependência**. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2006;22:299-328.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos**. Adaptado do Documento da Escola de Enfermagem Pós-Básica de Lisboa. Compiladora Liliana Braguez. Lisboa: 2007. 63 p.

ANEXO I – Caracterização do IDT

O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)

O Instituto da Droga e Toxicodependência é um instituto público que prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sendo a entidade nacional de referência, com reconhecimento internacional, para a intervenção nas condutas aditivas. Integrado na administração indirecta do Estado, estando dotado de autonomia administrativa e património próprio.

Foi criado a 29 de Novembro de 2002 (Decreto-Lei nº 269 – A/2002) e é o resultado da fusão entre o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) e o Instituto Português da Droga e Toxicodependência (I.P.D.T).

A 29 de Maio de 2007 é criado o Decreto-Lei n.º 221/2007 e o IDT passa a designar-se IDT, I.P. (Instituto Público) absorvendo as atribuições dos centros de alcoologia do Centro, Norte e Sul que são extintos. Este mesmo Decreto-Lei define a missão e as atribuições do IDT, I.P. No seu desenvolvimento é determinada a organização interna do IDT, I.P. através da aprovação dos respectivos estatutos definidos na Portaria n.º 648/2007 de 30 de Maio. O IDT, I.P. é um organismo central e exerce a sua actividade sobre o território nacional, tem sede em Lisboa e dispõe de cinco serviços desconcentrados designados por Delegações Regionais.

O IDT tem por missão “Promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências” (art.º 3º do Decreto-Lei n.º 221/2007).

Os valores consagrados para esta Organização são: o humanismo, o pragmatismo, a territorialidade, a centralidade no cidadão, a integração de respostas, a qualidade das intervenções e a qualificação dos profissionais (PA, IDT, 2009).

Os objectivos estratégicos traçados no Plano de Acção 2009 são:

- ☐ Assegurar ganhos em saúde potenciando a adesão ao tratamento;
- ☐ Consolidar a capacidade de resposta aos diferentes programas de tratamento e de cuidados diferenciados mais adequados à satisfação das necessidades da população dependente de substâncias psico-activas;
- ☐ Consolidar e garantir a efectiva utilização do novo Sistema de Informação Multidisciplinar;
- ☐ Criar condições para a qualidade da intervenção através da monitorização e avaliação dos programas e projectos apoiados pelo IDT;
- ☐ Fomentar a qualidade da informação divulgada, numa perspectiva de serviço público aberto à promoção da saúde e da cidadania. (PA, IDT, 2009).

ANEXO II - Relação de Ajuda – Norma



A Relação de Ajuda

A **Relação de Ajuda** (RA) constitui a componente central, a essência e o suporte do cuidar de Enfermagem aos Clientes do IDT, I.P.

Phanèuf define como conceitos base da RA:

- A confiança no ser humano e o respeito pela sua dignidade
- A tendência actualizante que o impulsiona a explorar as suas potencialidades
- A importância da autonomia na evolução pessoal
- A necessidade da relação como húmus favorecedor do desenvolvimento do ser humano
- A utilização do enfermeiro como instrumento e modelo de mudança

É uma relação de natureza terapêutica que reconhece o Outro (Cliente/Beneficiário de cuidados) como parceiro de cuidados. É operacionalizada através de entrevistas de ajuda, programadas ou não programadas.

Para o estabelecimento da RA o Enfermeiro utiliza a sua própria Pessoa como instrumento terapêutico e, através da relação interpessoal não-directiva, estimula a comunicação da Pessoa/Cliente consigo própria e com o contexto em que se insere, permitindo que o Cliente (Pessoa e/ou Família) descubra e mobilize as suas capacidades internas e os seus recursos, necessários à manutenção/recuperação da sua dignidade, saúde e bem-estar.

Numa abordagem holística e humanista, a RA consiste numa interacção particular entre duas Pessoas, Enfermeiro e Cliente, ambas contribuindo para a satisfação de uma necessidade de ajuda presente no Cliente. Exige-se que o Enfermeiro adopte uma maneira de estar e de comunicar focalizada no Cliente e que se dirija aos objectivos com este negociados. Estes objectivos relacionam-se, quer com a compreensão do pedido do Cliente, quer com a intencionalidade inerente à intervenção desenvolvida pelo Enfermeiro (cf. Chalifour, 1989).

O foco de atenção/intervenção na RA são as vivências, emoções da pessoa, no “aqui e agora”, uma vez que a intervenção é centrada no presente; no entanto, o conhecimento das vivências do passado pode contribuir para melhor compreender o presente.

A RA desenvolve-se em situações específicas, emocionalmente difíceis, carregadas de grande sofrimento ou indecisão. É um processo em que o Enfermeiro está implicado pessoalmente e para isso necessita de se desenvolver enquanto Pessoa e enquanto profissional. A prática de Relação de Ajuda exige o desenvolvimento de competências, de habilidades e de atitudes (Chalifour, 1989) para além dos saberes que foram adquiridas no contexto da formação académica, a saber:

1/3

- ⇒ **Autoconhecimento** – o estabelecer de uma RA exige que a Pessoa que ajuda assuma a busca do equilíbrio consigo própria, o que pressupõe o desenvolvimento do conhecimento das suas características pessoais, da sua forma de estar e de se relacionar, a fim de tornar conscientes e geríveis os seus recursos (potencialidades e vulnerabilidades) e a sua forma de interagir.
- ⇒ **Conhecimentos técnico-científicos** sobre a disciplina e a profissão de enfermagem, o seu enquadramento conceptual⁸ e os processos da **Relação de Ajuda**.
- ⇒ Expressão de **Atitudes receptivas**, ou facilitadoras da relação (Autenticidade, Compreensão empática, Respeito caloroso).
- ⇒ Expressão de **Atitudes activas**, postas em prática através da comunicação (Especificidade, Imediaticidade⁹, Confrontação).
- ⇒ **Competências de comunicação** (escuta activa, expressão verbal e não verbal, assertividade, reformulação) e de compreensão/interpretação das mensagens do Cliente, de acordo com a experiência subjectiva deste.
- ⇒ Utilização das seguintes **capacidades**:
 - Ser explícito e fazer com que o Cliente se exprima de forma explícita.
 - Respeitar-se e respeitar o Cliente como ser único, com tudo o que vive e sente.
 - Ser congruente consigo próprio e com o Cliente.

A Relação de Ajuda potencia o papel profissional do Enfermeiro enquanto facilitador, que orienta e apoia o Cliente em cada uma das etapas do processo de resolução dos respectivos problemas, visando o alcance dos objectivos previamente negociados:

- *Ultrapassar uma experiência desagradável;*
- *Resolver uma situação problemática na vida actual;*
- *Encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório;*
- *Detectar o sentido da existência.*

Desenvolve-se em situações específicas, de grande envolvimento emocional, carregadas de grande sofrimento ou indecisão para a qual o profissional necessita de mobilizar diferentes conhecimentos, recursos e estratégias. Devido à complexidade da RA, é fundamental que o enfermeiro se disponibilize para pedir apoio e supervisão.

O determinante crucial para o cuidado de enfermagem ser terapêutico é a qualidade da relação entre o enfermeiro e o doente (Muetzel, citado por Lopes, 2006: 45).

2/3

⁸ Pessoa, Saúde, Ambiente, Enfermagem (cf. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. OE, 2001).

⁹ Ter a capacidade de reconhecer o que se está a passar consigo próprio e com o Cliente durante a relação e utilizá-lo terapêuticamente.

Referências bibliográficas e Leituras recomendadas

- CHALIFOUR, J., 1989. La relation d'aide en soins infirmiers. Paris, Ed. Lamarre.
- CHALIFOUR, J., 2008. A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda – volume 1. Loures, Lusodidacta, ISBN: 978-989-8075-05-5.
- GIORDANI, Bruno, 1997. La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff. Bilbao, Browner.
- KÉROUAC, S. *et al*, 1996. El pensamiento enfermero. Barcelona, Masson Ed.
- LAZURE, H. 1994. Viver a relação de ajuda. Lisboa, Lusodidacta.
- LOPES, M., 2006. A relação Enfermeiro-Utente como intervenção terapêutica. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- PFANEUF, Margot, 2005. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-84-3.
- OE, Conselho de Enfermagem, 2001. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.
- Orlando, Ida J., 1978. O Relacionamento Dinâmico Enfermeiro Paciente. EPU.
- QUEIRÓS, A., 1999. Empatia e Respeito. Coimbra, Quarteto Editora.
- ROGERS, C., 1961. Tornar-se Pessoa. 2ª ed., Lisboa, Moraes Editores.
- Watson, J., 2002. Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma teoria de enfermagem. Rio de Janeiro, Lusociência.

ANEXO III - Educação para a Saúde – Norma



Educação para a Saúde

A Educação para a Saúde¹⁰ (EPS) é uma estratégia fundamental para a profissão de enfermagem no IDT, I.P. e transversal a todas as intervenções. Consiste no " *fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente*" (OE/PQCE, 2001).

Sendo um processo contínuo, a EPS não se constitui como uma prática linear, já que pressupõe e implica o envolvimento de múltiplos factores do Cliente, quer intrapessoais - conjugando variáveis como a motivação, a percepção da situação, as expectativas, os conhecimentos, a tomada de decisão -, quer extrapessoais, inerentes ao meio físico, familiar e sociocultural a que esse Cliente pertence.

O sucesso da EPS é fortemente condicionado pelo modo como o Enfermeiro se posiciona, sendo fundamental que este:

- Assuma o papel de facilitador / mediador;
- Crie um ambiente de bem-estar;
- Estimule no Cliente o exercício de reflexão e a tomada de decisão, baseada em conhecimentos científicos sobre os aspectos positivos e negativos que interferem na saúde – visando a sua autonomia;
- Valide com o Cliente a informação por este percebida e utilizada.

1/4

¹⁰ A Educação Para a Saúde tem acompanhado os avanços nos diferentes domínios da ciência, independentemente da relação directa ou indirecta que esta tem com as Pessoas. Até aos anos 60 do séc. XX, designava-se de Educação Sanitária e o foco eram as Pessoas sãs. Com a declaração de "Alma-Ata" (1978), a OMS enfatiza que a melhoria da situação do estado de saúde será também determinada pela prevenção da doença e o enfoque que a estratégia "Saúde para Todos no ano 2000" dá aos objectivos educacionais introduz novos conceitos na Educação para a Saúde.

Da mensagem de Hiroshi Nakajima (1989), então Director-Geral da OMS, a propósito do tema do dia Mundial de Saúde: *Vamos Falar de Saúde*, pode deduzir-se que: (1) é imprescindível investir na capacitação dos indivíduos / grupos / comunidades para que possam optar por comportamentos saudáveis, (2) a responsabilidade é de quem tem o conhecimento / a informação / algo a transmitir que apoie a decisão, (3) a EPS não se restringe a acções exclusivas da área da protecção da saúde, e (4) a importância da responsabilidade individual no processo saúde/doença, sem depreciar a saúde colectiva.

Frequentemente, a Promoção da Saúde (PS) e a EPS é atribuído o mesmo significado. No entanto, a Carta de Ottawa (1986) ajuda a clarificar que a PS é mais ampla e que alguns dos métodos não contêm uma filosofia educacional. Assim, a EPS constitui-se como uma das estratégias da promoção de saúde.

A OMS (1968) define Educação para a Saúde (EPS) como "uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificarem os seus comportamentos, adquirirem e conservarem hábitos saudáveis, aprenderem a usar os serviços de saúde de forma criteriosa e estarem capacitados para a tomada de decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde".

EPS é definida por Green e Kreuter (citados por Russel, 1996) como "qualquer combinação de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades".

Para qualquer definição de EPS, o objectivo primordial desta estratégia é a obtenção de comportamentos (acções intencionais, condutas) saudáveis, entendidos como acções e hábitos relacionados com a manutenção, a cura e a melhoria da saúde.

Friedman (1986) descreve-nos a função profissional de Educador para a Saúde: através da informação, o enfermeiro pretende *"capacitar as pessoas para o auto-cuidado e para a auto-responsabilidade, de forma a fomentar a independência e a maturidade do indivíduo e/ou da família, independentemente da situação de saúde / doença, o que lhes facilita tomar as suas próprias decisões"*. A capacitação do Cliente implica aprendizagem e, para que esta ocorra, é decisivo que educador e Cliente partilhem o mesmo objectivo que é o *"apoiar a atitude saudável de mudar o comportamento, apesar de as mudanças não serem imediatas ou observáveis. Mais especificamente, as finalidades da educação para a saúde são (1) ensinar a promover a saúde e prevenir a doença e (2) apoiar as famílias no sentido de lidarem com os seus actuais problemas de saúde e regimes de tratamento"*.

Para o desempenho desta função, independentemente da intervenção ser informal, formal, planeada ou não, dirigida a uma só Pessoa ou a um Grupo, é fundamental mobilizar conhecimentos sobre:

- a) Modelos e técnicas relacionadas com o Comportamento Individual de Saúde (por ex: Modelos Crença de Saúde; Teoria da Acção Racional; Modelo do Processamento de Informação) e o Comportamento Interpessoal de Saúde (ex: Teoria sobre as fases de adopção e difusão das inovações; Marketing Social; Trabalho Comunitário e o modelo PRECEDE-PROCEED).
- b) Processo de ensino-aprendizagem, designadamente conhecer os domínios envolvidos: cognitivo; afectivo e psicomotor, e métodos e meios pedagógicos que facilitem a aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos (recomendam-se os métodos participativos).
- c) Processo de comunicação.

Para além das competências técnicas e relacionais, o enfermeiro terá ainda de mobilizar competências multiculturais, dados os fortes condicionalismos que a esfera sociocultural (valores, atitudes, *habitus*, crenças e/ou mitos) desempenha no domínio dos comportamentos de saúde/doença.

Nas práticas de EPS - como em outras intervenções de enfermagem - nem sempre é possível elaborar previamente um plano, dado ser frequente surgirem oportunidades imponderáveis para intervir em EPS, pelo menos no que concerne aos conteúdos. Ora, nenhuma destas oportunidades deve ser desperdiçada. No entanto, qualquer intervenção em EPS, mesmo que não formalmente planificada, deverá ser alinhada com (e integrada no) Projecto de Saúde do Cliente em causa, o que pressupõe que o planeamento terá de ser estar sempre presente, pelo menos na mente do enfermeiro interventor em EPS. Daí a relevância de relembrar aqui as etapas do Planeamento:

1.º Avaliação/Definição de necessidades e de problemas de Saúde, que inclui (1) a identificação de determinantes objectivas e subjectivas, com especial atenção às causas comportamentais; (2) a selecção de intervenções prioritárias, como respostas a algumas questões: "Qual a magnitude do problema no indivíduo e na comunidade?", "Que soluções são possíveis?" "Qual a disponibilidade do Cliente para integrar o processo?".

2.º Definição de Objectivos que, na EPS, são comportamentais. Ter presente que EPS não visa apenas a transmissão de informação, mas a mudança comportamental.

3.º Elaboração do Plano da intervenção educativa com "Que Objectivos educacionais?", "Que estratégias?", "Que métodos?", "Que actividades?", "Que meios?", "Existe necessidade de fornecer mais conhecimento?". Podemos começar por enumerar os potenciais alvos de mudança que podem interferir positivamente na situação e os factores causais que dão forma aos comportamentos relacionados com a saúde: predisponentes, capacitadores e de reforço (cf. Green, citado por Russel, 1996).

4.º Sobre a intervenção apenas relembrar que, em função da evolução de cada acção ou processo educativo, pode ser necessário alterar a ordem prevista para cada um dos itens a abordar e/ou reformular a mensagem de modo a garantir, não só o envolvimento do Cliente, mas toda a eficácia das acções.

5.º Avaliação. Trata-se, sem dúvida, da etapa mais problemática, não só por motivos culturais (do avaliador), mas também porque nem sempre se pode evidenciar clara e distintamente a relação entre as intervenções e os resultados e impactos. Apesar destes constrangimentos, a avaliação não pode ser descurada¹¹.

Também nas patologias crónicas a EPS assume valor idêntico a qualquer outro tratamento (sem o substituir), pois contribui para evitar ou retardar as complicações e as recaídas e responde à necessidade de eventual alteração de condutas ao longo da evolução do projecto terapêutico, a par da progressiva auto-responsabilização e autocuidado do próprio Cliente. Daí a importância de integrar a EPS transversalmente em todos os cuidados prestados.

Vários autores enfatizam que a prestação de cuidados de enfermagem é um momento privilegiado para desenvolver intervenções de EPS, o que se confirma na experiência de enfermagem no IDT, designadamente aquando da administração do fármaco metadona.

3/4

¹¹ Existem várias alternativas para sabermos se ocorreu o esperado com a nossa intervenção. Consultar STANHOPE e LANCASTER, 1999.

Segundo Friedman, importante nas intervenções de EPS é a possibilidade de "*discutir prováveis acontecimentos, sentimentos e situações com o Cliente (Pessoa e/ou Família), que proporciona uma clarificação de ideias, uma redução de ansiedade e a futura capacidade de adaptação a uma mudança de papéis. A antecipação e preparação de um acontecimento futuro tornará o acontecimento menos traumático e permitirá aos membros da família lidarem com ele mais correctamente, desenvolvendo sentimentos positivos*".

Fontes e Leituras recomendadas

FRIEDMAN, Marilyn M., 1986. Family nursing. Theory and assessment. 2.ª ed. Norwalk, (OMS Co), Appleton – Century – Crofts, 185p.

OE, 2001. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

OMS, 1986. Carta de Ottawa para a promoção da saúde. 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa.

OMS, 1993. Les soins infirmiers en action. Renforcer les soins infirmiers et l'obstétrique à l'appui de la Santé pour tous. Copenhagen, Ed. J. Salvage, p. 18 (Publications régionales de l'OMS, Série européenne, n.º 48).

NAKAJIMA, Hiroshi, 1989. Vamos falar sobre saúde, mensagem a propósito do dia mundial da saúde. Lisboa, Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

RUSSEL, Nancy, 1996. Manual de Educação Para a Saúde. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.

STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette, 1999. Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa, Lusociência.

ANEXO IV - Projecto “Redução de Riscos em Contexto Académico”



PROJECTO “REDUÇÃO DE RISCOS EM CONTEXTO ACADÉMICO”

ESTRUTURA DE BASE

O Projecto de Redução de Riscos em Contexto Académico teve o seu início em 2008 visando o desenvolvimento de uma intervenção de pares no decurso de Festividades Académicas. Incidindo preferencialmente sobre a Semana Académica este projecto foi, contudo alargado à Recepção ao Caloiro sendo intenção dos seus promotores que a filosofia de base se adapte a qualquer tipo de evento do calendário académico.

Todo o projecto visa a criação de equipas de Voluntários do Ensino Superior que, mediante um processo formativo e o acompanhamento técnico por parte do IDT/IP desenvolverão uma intervenção de proximidade junto aos frequentadores dos referidos eventos segundo um modelo de Redução de Riscos.

Formação

Há formação de suporte à intervenção de rua por parte dos grupos de voluntários que deverá ter lugar a partir do mês de Março num mínimo de 2 dias. O programa está organizado em 6 módulos versando:

- a. Dinâmica de Grupos – consolidação do grupo
- b. Substâncias, efeitos e enquadramento legal – álcool, haxixe, cocaína e ecstasy
- c. A intervenção em contextos recreativos – modelos e princípios
- d. Estratégias de abordagem na relação de ajuda
- e. Gestão de conflitos e situações de crise
- f. Cuidados básicos de saúde (opcional)
- g. Planificação e organização da intervenção

O programa de formação deverá ser objecto de certificado por parte do IDT na medida em que o voluntário cumpra quer a componente formativa quer a componente de intervenção. O processo de certificação obedece aos procedimentos-tipo do processo formativo.

O programa de formação será ministrado pelos técnicos do IDT.

Trabalho de suporte técnico

Prévio à Semana Académica

A organização da intervenção dos voluntários requer a estruturação de um diário de bordo que permita em simultâneo reunir a informação básica sobre recursos e procedimentos em contexto recreativo e servir de base à anotação de alguns elementos para a monitorização do trabalho desenvolvido por estes grupos. Este suporte será desenvolvido pela equipa de coordenação do projecto.

Simultaneamente será desenvolvido previamente à intervenção a preparação de materiais informativos a distribuir no decurso das Semanas Académicas pelos grupos de voluntários.

Poderá ser necessária a organização de reuniões pontuais de planeamento entre os técnicos de suporte (CRI) e os grupos de voluntários, sendo esta organização da responsabilidade dos técnicos locais de acordo com as necessidades.



I.D.T.

Instituto de Design e de Tecnologia 19

Durante a Semana Académica

No decurso da Semana Académica o suporte técnico situa-se ao nível do planeamento e monitorização das intervenções no terreno que cuja regularidade e intensidade deverá ser definida em função das realidades locais (número de voluntários, número de técnicos, programação e ocorrências entre outras

Posterior à Semana Académica

O trabalho de suporte técnico posterior à Semana Académica envolve sobretudo a avaliação da experiência e a potencial organização de uma dinâmica local dirigida à replicação da metodologia noutros eventos universitários. Este processo poderá envolver a promoção da integração dos voluntários em estruturas pré existentes ou a criação de condições para o surgimento de novas estruturas locais.

6. Despesas

Com os voluntários – a intervenção no âmbito da Semana Académica deverá ser objecto de um seguro de vida e de responsabilidade civil a imputar à organização da referida Semana Académica. Deverão ser equacionadas despesas de alimentação que poderão ser ultrapassadas junto à organização das SA (atribuição de senhas de alimentação) ou com recurso ao apoio de Governos Cíveis/Câmaras Municipais. Também os custos inerentes à entrada no recinto devem ser cobertos com recurso às entidades anteriormente referidas.

Com a formação – Os custos com a formação dos voluntários (salas de formação, reprodução de materiais) deverão ser geridos dentro da articulação com as estruturas do ensino superior. Os custos da formação dos técnicos deverão ser geridos de acordo com os procedimentos habituais do IDT

No âmbito da intervenção – Decorrente deste projecto prevêem-se ainda despesas com a elaboração e reprodução de materiais (diários de bordo e materiais informativos) a disponibilizar pelo IDT no início de 2009.

Programa Atlante

Sinopse

O Programa *Atlante - Enfrentar o Desafio das Drogas* é uma adaptação em língua portuguesa do programa *Ordago – Afrontar el Desafio da Las Drogas*, de língua espanhola, editado pela Edex, a qual detém os direitos de autor do referido programa.

É um programa de prevenção do consumo de substâncias psicoactivas, de aplicação em meio escolar, dirigido a alunos do 2º e 3º ciclos do Ensino Básico, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos.

Tem como finalidade o desenvolvimento de competências psicossociais, para que os alunos disponham de informação, valores e competências necessárias para decidir de forma racional e autónoma em situações de oferta de substâncias psicoactivas.

Tem início no 6º ano de escolaridade, continuando até ao 9ºano. Cada ano contempla 8 sessões temáticas, com a duração de 45 a 90 minutos cada uma.

As áreas temáticas com base nas quais as competências psicossociais são trabalhadas são as seguintes:

1. Informação sobre Substâncias Psicoactivas
2. Crenças
3. Atitudes
4. Influência Social
5. Auto-Estima
6. Tomada de Decisões
7. Pressão de Grupos
8. Ocupação de Tempos Livres

De ano para ano, estas áreas de interesse mantêm-se, diferindo por área os conteúdos programáticos, os quais estão definidos e trabalhados em função do nível etário, verificando-se uma evolução que acompanha o desenvolvimento psicossocial dos alunos.

A metodologia e técnicas utilizadas nas sessões baseiam-se em estratégias interactivas, que apelam à participação dos intervenientes (alunos e professor) e promovem a motivação dos alunos.

No que se refere ao material de suporte, o programa compreende um conjunto de 8 fascículos distribuídos pelos diferentes anos de escolaridade: -para cada um dos 4 níveis existe um manual para o professor e um caderno para o aluno.

Sendo as sessões do programa desenvolvidas em sala de aula pelo professor, este recebe uma formação específica e prévia ao início das mesmas, a qual está certificada pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência e acreditada pelo Conselho Científico Pedagógico de Formação Contínua de Professores.

A Equipa de Prevenção (da Delegação Regional do IDT) tem como funções a divulgação do programa, a preparação e realização de uma formação dirigida aos professores implicados na sua implementação, bem como efectua o acompanhamento técnico da intervenção no terreno.

O projecto conta com a parceria das Escolas envolvidas, da Direcção Regional de Educação do Algarve, do Departamento de Psicologia da Universidade do Algarve e de algumas Autarquias da região do Algarve.

Faro, actualização feita em 24 /06/08

Margarida Pinto

ANEXO VI - Programa “Eu e os Outros”

3.1.1 Projecto Eu e Os Outros



O Projecto Eu e Os Outros” foi desenhado por uma equipa técnica ligada à Linha Vida SOS Droga e surge integrado no desenvolvimento do site juvenil “Tu Alinhas?”. Este projecto tem por objectivo genérico promover a reflexão em grupo sobre temas do desenvolvimento ligado à adolescência, criando uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social. Constitui-se como um instrumento promotor de processos de tomada de decisão, confrontação no seio do grupo e exploração de informação dirigido a grupos de jovens entre os 10 e os 18 anos. Tem por base 8 histórias em suporte electrónico, cada uma delas abordando temas ligados ao desenvolvimento pessoal e social.

Os jogadores têm por objectivo de jogo conduzirem um grupo de personagens, mediante um conjunto de decisões partilhadas, na resolução de problemas do dia-a-dia.

As histórias estão organizadas por parágrafos, no final dos quais os jogadores, assumindo o papel do personagem principal, são confrontados com várias opções, das quais podem escolher apenas uma. Este processo de decisão no seio de um grupo, bem como a exploração dos conteúdos que lhe estão subjacentes vai ser explorado ao longo das sessões dinamizadas pelo formador (mestre de jogo).

Como anteriormente foi dito, o material de suporte do Projecto Eu e os Outros, é um conjunto de 8 narrativas interactivas que se desenvolvem em torno da vida de 8 personagens. Cada sessão compreende 3 momentos: o tempo de aquecimento, o tempo de jogo e o tempo de reflexão. O trabalho a desenvolver na fase de aquecimento passa pela apresentação da história, dos personagens centrais, das regras que regem o jogo, dinâmicas de grupo, etc. Na fase tempo de jogo vão ser tomadas decisões através da narrativa interactiva. Por fim na fase de reflexão é sugerido que se reflecta acerca das decisões tomadas, se proponham temas para debate, etc.

Este é um jogo bastante flexível e inovador, uma vez que o aplicador pode introduzir a reflexão em qualquer momento da sessão, escolher como organizar o espaço, os temas para debate, diferentes dinâmicas para “agarrar” o grupo, pelo que as sessões com diferentes grupos vão ser sempre diferentes, dependendo da adesão ao jogo e das decisões tomadas por cada grupo.

O número de sessões definidas para explorar uma determinada história pode variar dependendo do conteúdo dessa mesma história, mas deverá ser respeitado um tempo mínimo de sete sessões. O tempo de sessão deve ser o mesmo, sugerindo-se um mínimo de 45 minutos.

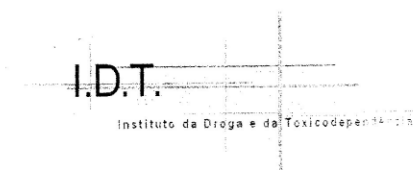
Tem de haver sempre um mestre de jogo, que é essencialmente o promotor de uma dinâmica nova e o mediador das relações.

A abordagem pelo jogo e a sua componente lúdica tem uma extrema importância no desenvolvimento psicológico e como estratégia preventiva.

Os aplicadores são estudantes da ESE (Escola Superior de Educação) da Universidade do Algarve e estão envolvidos no projecto no âmbito do estágio ou de outras disciplinas curriculares. O programa será desenvolvido pelos aplicadores em Escolas do 2º e 3º ciclos e Secundárias do distrito de Faro.

O papel da Equipa de Prevenção engloba a supervisão e formação dos aplicadores.

ANEXO VII - Dados sociodemográficos dos utentes



Dados Sociodemográficos

Período do Estudo
26-04-2009 a 23-10-2009
Terapeuta
Todos

SIU015 23-10-2009 12:38:06

Questionário: Quantos toxicodependentes tratamos ? UTENTES ACTIVOS

1. Número de UTENTES ACTIVOS	1850			
2. Género				%
FEMININO	273			14,8
MASCULINO	1577			85,2
3. Escalões Etários	Total	Masc.	Fem.	% (total)
Dos 0 aos 14 anos	1	1	0	0,1
Dos 15 aos 19 anos	20	17	3	1,1
Dos 20 aos 24 anos	74	57	17	4,0
Dos 25 aos 29 anos	210	170	40	11,4
Dos 30 aos 34 anos	401	344	57	21,7
Dos 35 aos 39 anos	437	380	57	23,6
Dos 40 aos 44 anos	351	293	58	19,0
>=45 anos	356	315	41	19,2
4. Fonte Referência	Total	Masc.	Fem.	% (total)
AUTO REFERENCIADO	293	243	50	16,8
FAMÍLIA/AMIGOS	224	193	31	12,9
OUTRA UNIDADE ESPECIALIZADA (CAT) (com ficha)	75	63	12	4,3
OUTRA UNIDADE ESPECIALIZADA (CAT) (sem ficha)	752	657	95	43,1
MÉDICO PRIVADO	8	5	3	0,5
HOSPITAL/CENTRO SAÚDE/OUTRO SERV. SAÚDE	66	55	11	3,8
SERVIÇOS SOCIAIS	9	6	3	0,5
REDUÇÃO RISCOS/DROP-IN/AGÊNCIA DE RUA	16	12	4	0,9
TRIB./IRS/POLÍCIA/ESTAB. PRISIONAL	41	39	2	2,4
COMISSÃO DISSUAÇÃO	6	5	1	0,3
INSTITUIÇÃO ESCOLAR	3	3	0	0,2
OUTRA UNIDADE ESPECIALIZADA PRIVADA	13	11	2	0,7
OUTRO	237	201	36	13,6
DESCONHECIDO	107	84	23	5,8
CONHECIDOS	1743	1493	250	94,2
5. Nacionalidade	Total	Masc.	Fem.	% (total)
PORTUGUESA	1721	1468	253	93,7
OUTRO PAÍS LUSÓFONO	44	36	8	2,4
ESTADO MEMBRO U E	23	17	6	1,3
OUTROS PAÍSES	48	42	6	2,6
DESCONHECIDO	14	14	0	0,8
CONHECIDOS	1836	1563	273	99,2

6. Estado Civil

	Total	Masc.	Fem.	% (total)
SOLTEIRO(A)	934	815	119	63,7
CASADO(A)/ UNIÃO DE FACTO	391	324	67	26,7
SEPARADO(A)/ DIVORCIADO(A)	130	106	24	8,9
VIÚVO(A)	12	6	6	0,8
DESCONHECIDO	383	326	57	20,7
CONHECIDOS	1467	1251	216	79,3

7. Escolaridade

	Total	Masc.	Fem.	% (total)
NUNCA FOI À ESCOLA/NUNCA COMPLETOU 1º CICLO	40	38	2	2,8
1º CICLO COMPLETO (ANTIGA 4ª CLASSE)	310	286	24	21,9
2º CICLO COMPLETO (6º ANO)	498	429	69	35,1
3º CICLO COMPLETO/ EQUIVALENTE (9º ANO)	394	324	70	27,8
SECUNDÁRIO COMPLETO/ EQUIVALENTE (12º ANO)	129	101	28	9,1
BACHARELATO/LICENCIATURA	46	33	13	3,2
DESCONHECIDO	433	366	67	23,4
CONHECIDOS	1417	1211	206	76,6

8. Situação Laboral

	Total	Masc.	Fem.	% (total)
ESTUDANTE	44	33	11	2,9
FORMAÇÃO PROFISSIONAL (REMUNERADA)	18	14	4	1,2
EMPREGADO (TEMPO INTEIRO OU PARCIAL)	711	651	60	47,2
DESEMPREGADO/À PROCURA DE EMPREGO	651	540	111	43,2
INACTIVO ECONÓM. (PENSIONISTA, INVÁLIDO, DOMÉST.)	25	17	8	1,7
OUTRO	57	45	12	3,8
DESCONHECIDO	314	277	67	18,6
CONHECIDOS	1506	1300	206	81,4

9. Situação de Coabitação (com quem vive)

	Total	Masc.	Fem.	% (total)
FAMILIARES (ASCENDENTES/DESCENDENTES)	501	457	44	44,9
SOZINHO(A)	123	112	11	11,0
SOZINHO(A) COM FILHO(S)	14	8	6	1,3
SOZINHO COM COMPANHEIRO(A)	164	130	34	14,7
SOZINHO COM COMP.(A) E FILHO(S)	140	115	25	12,6
COM AMIGOS	22	19	3	2,0
FAMILIARES (ASC./COMP. E FILHO(S))	40	31	9	3,6
FAMILIARES (ASCENDENTES E FILHOS)	13	9	4	1,2
FAMILIARES (ASCENDENTES E COMPANHEIRO(A))	14	11	3	1,3
OUTRO	84	70	14	7,5
DESCONHECIDO	735	615	120	39,7
CONHECIDOS	1115	962	153	60,3

10. Situação de Residência (onde vive)

	Total	Masc.	Fem.	% (total)
HABITAÇÃO CONDIGNA	918	800	118	93,7
HABITAÇÃO DEGRADADA	18	13	5	1,8
CENTRO DE ABRIGO	9	9	0	0,9
RUA	22	20	2	2,2
INSTITUIÇÕES (Prisão/Clinica/Colégio...)	13	9	4	1,3
DESCONHECIDO	870	726	144	47,0
CONHECIDOS	980	851	129	53,0

11. Tratamentos Anteriores

	Total
Sim	156
Não	971
DESCONHECIDO	723
CONHECIDOS	1127

12. Bilhete de Identidade

	Total
DESCONHECIDO	1040
CONHECIDOS	810

13. Cartão de Saúde

	Total
DESCONHECIDO	1276
CONHECIDOS	574

ANEXO VIII - Dados de consumo dos utentes



SIU003 23-10-2009 12:24:04



DADOS DE CONSUMO

PERÍODO EM ESTUDO
26-04-2009 a 23-10-2009
Terapeuta
Todos

Questionário : Quantos toxicodependentes tratamos ? ACTIVOS

	Total		Masc.	Fem.
1. Número de utentes Activos no período em estudo	1850		1577	273
2. Número de utentes com ficha de consumos	309		270	39
3. Droga Principal	Total	%	Masc.	Fem.
HEROÍNA	213	68,9	189	24
HEROÍNA E COCAÍNA	50	16,2	41	9
METADONA (NÃO PRESCRITA)	0	0,0	0	0
OUTROS OPIÁCEOS	1	0,3	1	0
COCAÍNA	13	4,2	10	3
"BASE DE COCA"	2	0,6	2	0
ANFETAMINAS	0	0,0	0	0
MDMA E DERIVADOS	0	0,0	0	0
OUTROS ESTIMULANTES	0	0,0	0	0
BARBITÚRICOS	0	0,0	0	0
BENZODIAZEPINAS	0	0,0	0	0
OUTROS HIPNÓTICOS/SEDATIVOS	1	0,3	1	0
LSD	0	0,0	0	0
OUTROS ALUCINÓGENEOS	0	0,0	0	0
INALANTES VOLÁTEIS	0	0,0	0	0
CANNABIS	5	1,6	3	2
ÁLCOOL (SÓ COMO SECUNDÁRIA)	0	0,0	0	0
OUTRAS SUBSTÂNCIAS	24	7,8	23	1
4. Via de Administração (droga principal)	Total	%	Masc.	Fem.
INJECTADA	77	26,4	65	12
FUMADA/INALADA	194	66,4	168	26
INGERIDA/BEBIDA	20	6,8	19	1
SNIFADA	0	0,0	0	0
OUTRA	1	0,3	1	0
DESCONHECIDA	17	5,5	17	0
CONHECIDOS	292	94,5	253	39
5. Frequência de Utilização (droga principal)	Total	%	Masc.	Fem.
NÃO UTILIZADA NO ÚLTIMO MÊS	7	2,5	4	3
UMA VEZ POR SEMANA OU MENOS	8	2,8	7	1
2-6 DIAS SEMANA	30	10,6	25	5
DIARIAMENTE	238	84,1	212	26
DESCONHECIDO	26	8,4	22	4
CONHECIDOS	283	91,6	248	35

6. Drogas Secundárias**Quantos utentes usaram e/ou abusaram, na vida, de:**

	Total	%	Masc.	Fem.
Heroína	136	44,0	122	14
Cocaína	165	53,4	145	20
Benzodiazepinas	17	5,5	16	1
Cannabis	162	52,4	145	17
Anfetaminas	9	2,9	9	0
Ecstasy	18	5,8	17	1
Álcool	55	17,8	53	2
Outros	0	0,0	0	0

7. Drogas Secundárias**Quantos utentes usaram ..., nos últimos 30 dias, de:**

	Total	%	Masc.	Fem.
Heroína	97	31,4	89	8
Cocaína	62	20,1	56	6
Benzodiazepinas	2	0,6	2	0
Cannabis	53	17,2	49	4
Anfetaminas	0	0,0	0	0
Ecstasy	1	0,3	1	0
Álcool	21	6,8	20	1
Outros	0	0,0	0	0

8. Utilização Endovenosa NA VIDA

	Total	%	Masc.	Fem.
SEMPRE/QUASE SEMPRE	68	22,0	58	10
ÀS VEZES/ESPORADICAMENTE	13	4,2	10	3
INJECTOU MAS DEIXOU DE INJECTAR	25	8,1	22	3
NUNCA	162	52,4	143	19
DESCONHECIDO	41	13,3	37	4
CONHECIDOS	268	86,7	233	35

9. Utilização Endovenosa NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

	Total	%	Masc.	Fem.
SEMPRE/QUASE SEMPRE	64	20,7	54	10
ÀS VEZES/ESPORADICAMENTE	6	1,9	5	1
INJECTOU MAS DEIXOU DE INJECTAR	4	1,3	4	0
NUNCA	193	62,5	169	24
DESCONHECIDO	42	13,6	38	4
CONHECIDOS	267	86,4	232	35

10. Partilha de Material (alguma vez na vida)

	Total	%	Masc.	Fem.
	26	8,4	21	5

ANEXO IX - Dados de actividade da Equipa de Reinserção

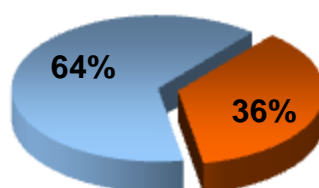
EQUIPA REINERÇÃO - 2008

N.º de Utentes em Acompanhamento

Total - 288

Feminino - 104

Masculino - 184



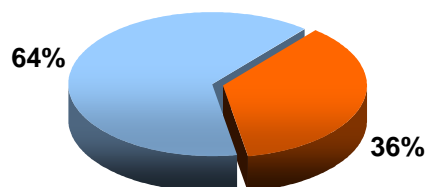
■ Feminino - 104
■ Masculino - 184

Novos Acolhimentos

Total - 210

Feminino - 76

Masculino - 134



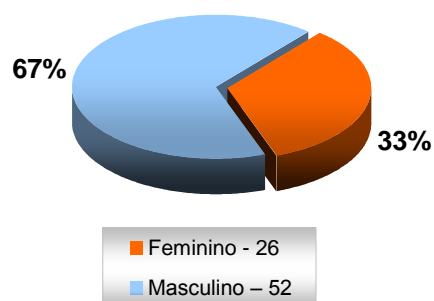
■ Feminino - 76
■ Masculino - 134

Utentes que transitaram de 2007

Total – 78

Feminino – 26

Masculino – 52



Estado Civil

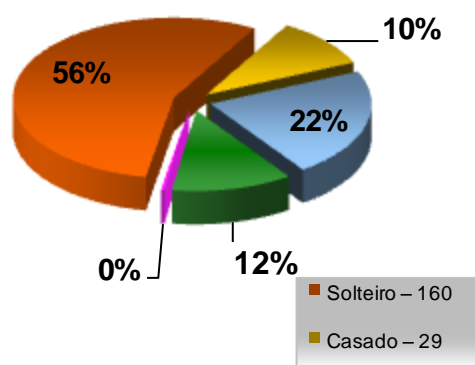
Solteiro – 160

Casado – 29

Divorciado – 35

União de Facto – 63

Viúvo - 1



Idade

Menos de 20 – 9

21 a 25 – 14

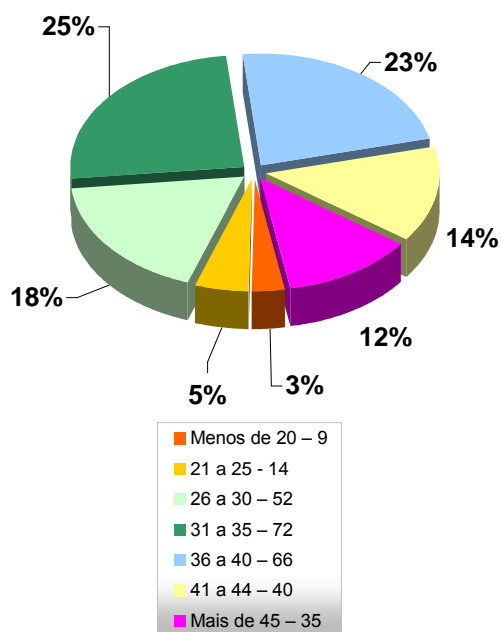
26 a 30 – 52

31 a 35 – **72**

36 a 40 – **66**

41 a 44 – **40**

Mais de 45 – **35**



Habilitações Literárias

Sabe Ler e Escrever – **6**

4.^a Classe – **63**

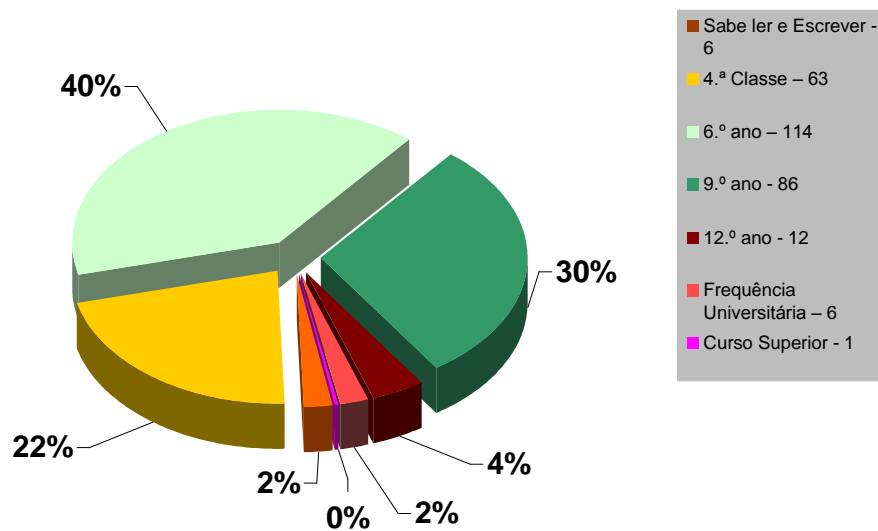
6.^o Ano – **114**

9.^o Ano – **86**

12.^o Ano – **12**

Frequência Universitária – **6**

Curso Superior – **1**



Total de Filhos – 200

Filhos não a Cargo – 139

Cônjuge – 42

Avós Maternos – 20

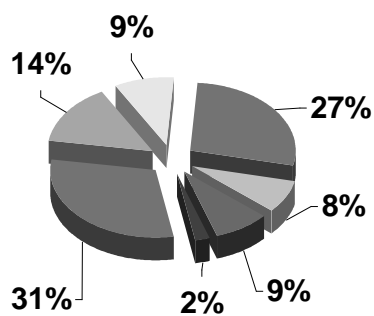
Avós Paternos – 12

Instituições de Reeducação – 3

Instituições Privadas – 13

Independente – 38

Familiares – 11



■ Cônjuge – 42	■ Avós Maternos - 20
■ Instituições Privadas – 13	■ Independente – 38
■ Familiares - 11	■ Avós Paternos - 12
■ Instituições de Reeducação - 3	

Agregado Familiar

Avós – 9

Companheiro – 32

Companheiro e Filhos – 20

Filhos – 12

Pais – 60

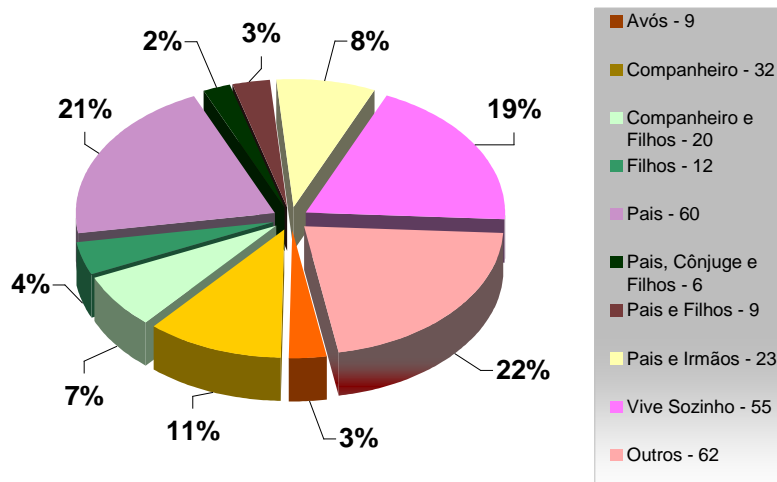
Pais, Cônjuge e Filhos – 6

Pais e Filhos – 9

Pais e Irmãos – 23

Vive sozinho – 55

Outros – 62



Residência

Albufeira – 9

Aljezur – 1

Castro Marim – 3

Faro – 65

Lagoa – 12

Lagos – 9

Loulé – 12

Olhão – 80

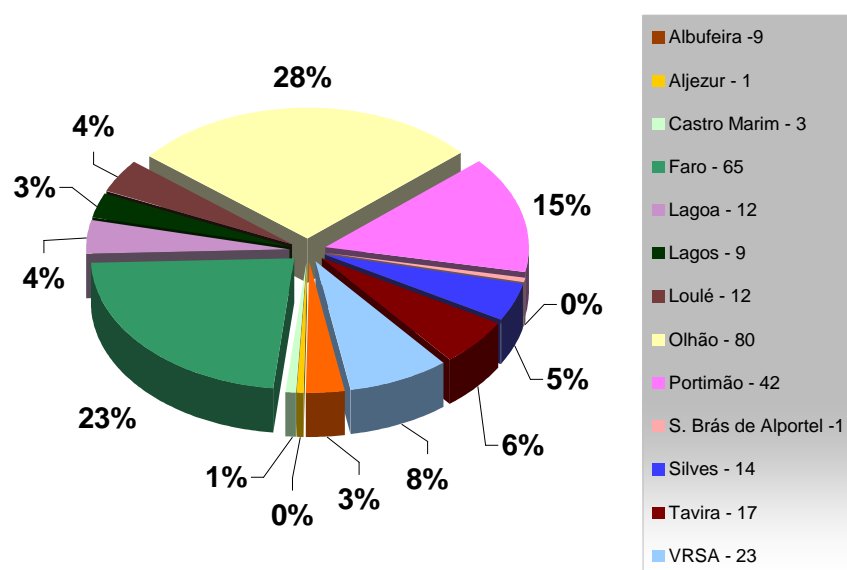
Portimão – 42

S. Brás de Alportel – 1

Silves – 14

Tavira – 17

VRSA – 23



Programa Terapêutico

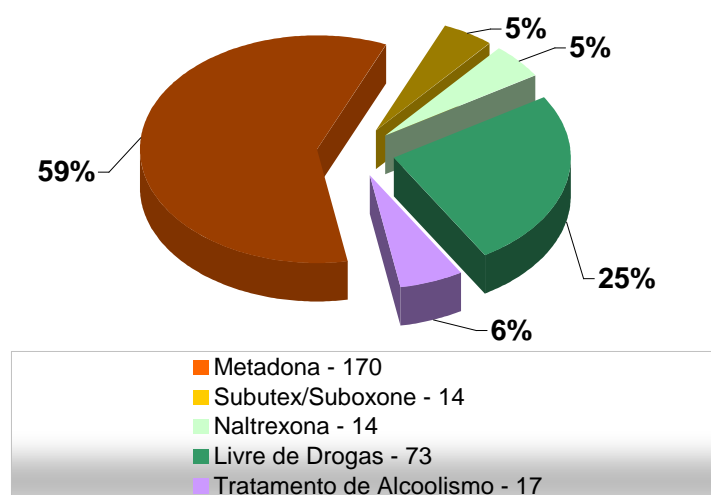
Metadona – **170**

Subutex/Suboxone – **14**

Naltrexona – **14**

Livre de Drogas – **73**

Tratamento de Alcoolismo – **17**



Tempo de Abstinência

0 a 3 Meses – **116**

3 a 6 Meses – **37**

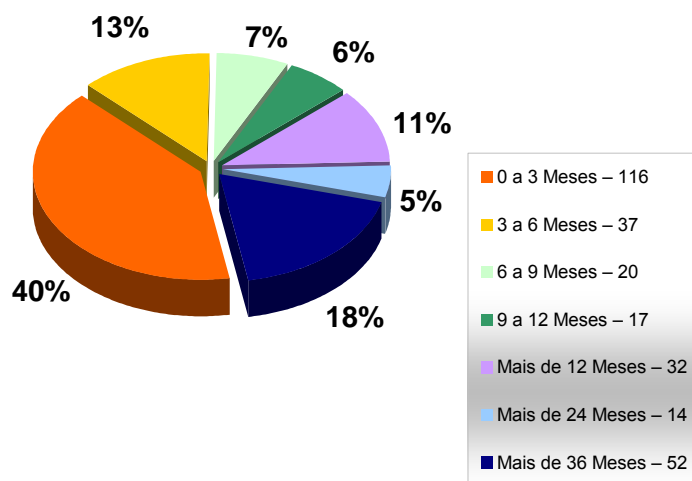
6 a 9 Meses – **20**

9 a 12 Meses – **17**

Mais de 12 Meses – **32**

Mais de 24 Meses – **14**

Mais de 36 Meses – **52**



Situação Anterior

Comunidade Terapêutica – **3**

Desemprego – **242**

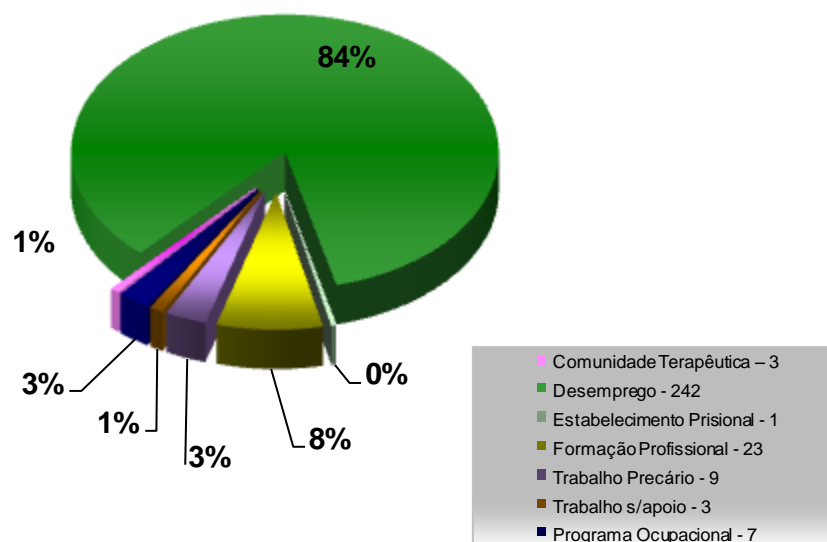
Estabelecimento Prisional – **1**

Formação Profissional – **23**

Trabalho Precário – **9**

Trabalho s/apoio – **3**

Programa Ocupacional – **7**



Encaminhamentos

Emprego por iniciativa própria – **21**

Formação Profissional – **61**

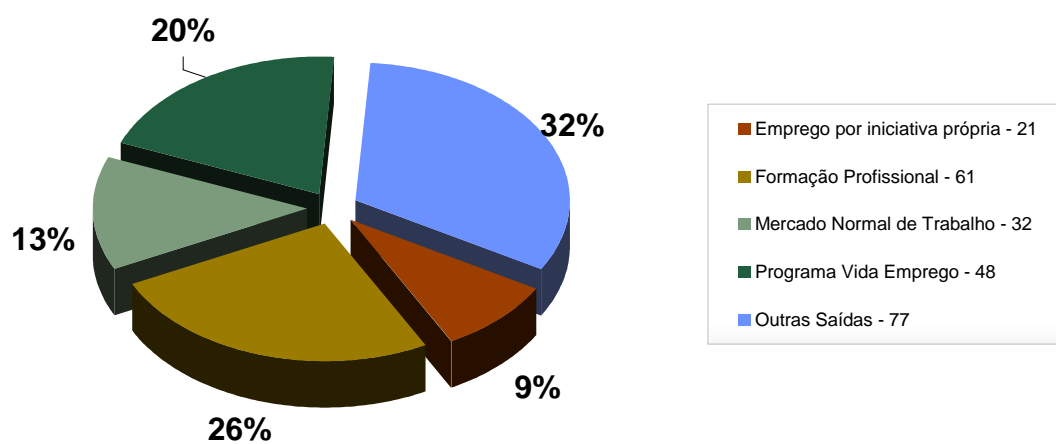
Mercado Normal de Trabalho – **32**

Programa Vida Emprego – **48**

Total – 162

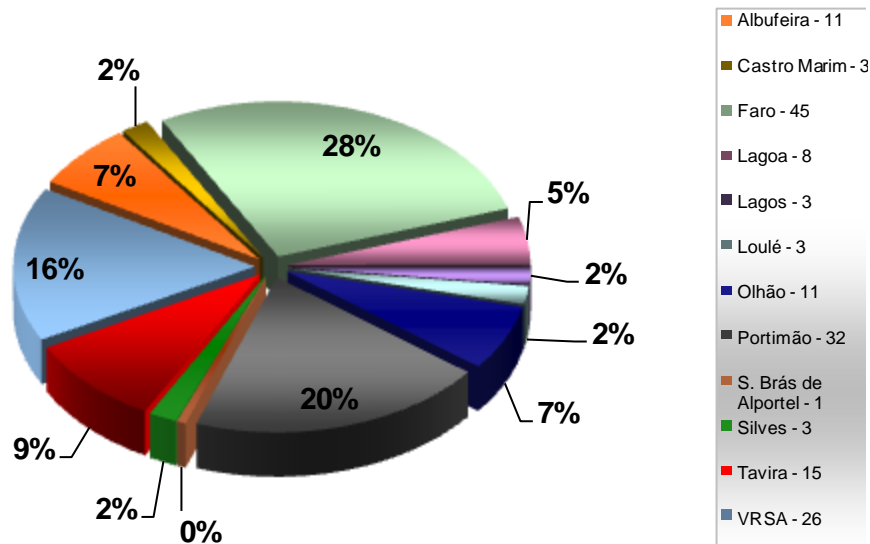
Aguardam colocação no final de 2007 – **49**

Outros Saídas – **77**



Concelho de Trabalho / Formação – 162

Albufeira – 11	Olhão – 11	Vila do Bispo - 1
Castro Marim – 3	Portimão – 32	
Faro – 45	S. Brás de Alportel – 1	
Lagoa – 8	Silves – 3	
Lagos – 3	Tavira – 15	
Loulé – 3	VRSA – 26	



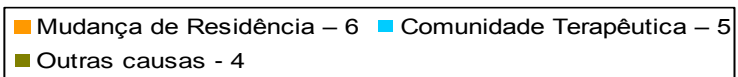
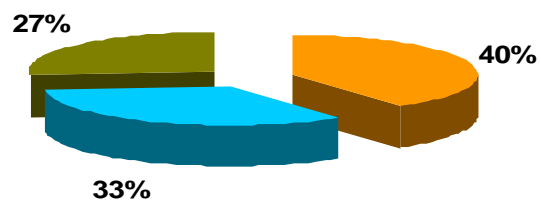
Outras Saídas – 77

Saídas Favoráveis – 15

Mudança de Residência – 4

Comunidade Terapêutica – 4

Outras causas – 3



Saídas Desfavoráveis – 62

Desaparecimento – 16

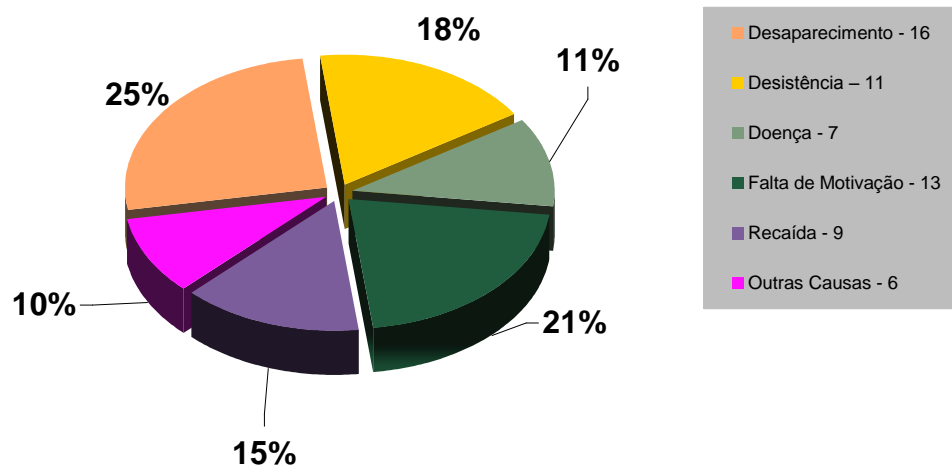
Desistência – 11

Doença – 7

Falta de Motivação – 13

Recaída – 9

Outras Causas – 6



ANEXO X - Questionários de avaliação do Programa “Eu e os Outros”



CNS-IE

Código _____

Data do teu nascimento: ____/____/____

A tua idade _____

Sexo: **MASCULINO / FEMININO**

Ano que frequentas: _____

Já repetiste algum ano: **NÃO**

SIM -

Quantos anos repetiste: _____

Quantos irmãos tens: _____

Número da posição na fratria (1-mais velho): _____

Vives com: ☐ Pai e mãe ☐ Pai, mãe e irmãos ☐ Só com o pai ☐ Só com a mãe ☐ Avós

☐ Pai e madrasta ☐ Mãe e padrasto ☐ Outras, quais: _____

Qual é a profissão do teu pai: _____

Qual é a profissão da tua mãe: _____

Nome do teu Professor(a): _____

Nome do teu Educador: _____

Lê atentamente as seguintes questões. Se a tua resposta for “SIM” coloca um círculo em torno da palavra “SIM”. Se a tua resposta for “NÃO” coloca um círculo em torno da letra “NÃO”. Não há respostas certas nem erradas.

1. Acreditas que a maior parte dos problemas se resolve, mesmo sem te preocupares com eles?	SIM	NÃO
2. Acreditas que podes fazer alguma coisa para não ficares constipado(a)?	SIM	NÃO
3. Achas que alguns rapazes e raparigas já nascem com sorte?	SIM	NÃO
4. Achas que geralmente é importante para ti ter boas notas?	SIM	NÃO
5. Acusam-te muitas vezes sem teres culpa?	SIM	NÃO
6. Acreditas que se alguém estudar muito é capaz de aprender qualquer matéria?	SIM	NÃO
7. Achas que geralmente não adianta trabalhar muito porque as coisas não ficam melhor por isso?	SIM	NÃO
8. Achas que se as coisas te correm bem de manhã, continuarão assim durante o dia, faças o que fizeres?	SIM	NÃO
9. Achas que os pais ouvem geralmente o que os filhos têm para dizer?	SIM	NÃO
10. Acreditas que podem acontecer coisas boas só por as desejarmos?	SIM	NÃO
11. Parece-te que geralmente não há muita razão quando és castigado?	SIM	NÃO
12. Achas geralmente difícil mudar a opinião de um amigo?	SIM	NÃO
13. Pensas que uma equipa ganha mais pelos aplausos do que pela sorte?	SIM	NÃO
14. Achas que é quase impossível mudar a ideia dos teus pais sobre qualquer coisa?	SIM	NÃO
15. Acreditas que os teus pais devem deixar que sejas tu a tomar a maior parte das tuas próprias decisões?	SIM	NÃO
16. Achas que quando fazes alguma coisa mal pouco podes fazer para a corrigir?	SIM	NÃO
17. Acreditas que a maior parte dos rapazes e raparigas já nasce com jeito para o desporto?	SIM	NÃO
18. Achas que a maior parte dos rapazes e raparigas da tua idade são mais fortes que tu?	SIM	NÃO
19. Achas que não pensar sobre os problemas, é mesmo uma das melhores maneiras de resolver a maior parte deles?	SIM	NÃO
20. Achas que depende muito da tua escolha teres os amigos que tens?	SIM	NÃO
21. Acreditas que vais ter sorte se encontrares um trevo de quatro folhas?	SIM	NÃO
22. Achas que as notas que tiras têm muito a ver com o trabalho de casa?	SIM	NÃO
23. Achas que quando alguém da tua idade te quer bater pouco podes fazer para o evitar?	SIM	NÃO
24. Tens tido sempre alguma coisa que te dá sorte?	SIM	NÃO
25. Acreditas que o modo como te comportas faz com que as pessoas gostem ou não de ti?	SIM	NÃO
26. Achas que os teus pais te ajudarão geralmente se lhes pedires ajuda?	SIM	NÃO
27. Tens notado que as pessoas não têm geralmente razão quando são más para ti?	SIM	NÃO
28. Achas que geralmente podes fazer alguma coisa hoje para alterar aquilo que vai acontecer amanhã?	SIM	NÃO
29. Acreditas que quando estão para acontecer coisas más, elas acontecem mesmo por mais que tentes evitá-lo?	SIM	NÃO
30. Pensas que os rapazes e raparigas, tentando muito, conseguem levar as suas decisões por diante?	SIM	NÃO
31. Achas que geralmente não adianta tentares em casa levar as tuas decisões por diante?	SIM	NÃO
32. Achas que é por causa de muito trabalho que acontecem coisas boas?	SIM	NÃO
33. Achas que quando alguém da tua idade quer ser teu inimigo pouco podes fazer para mudar as coisas?	SIM	NÃO
34. Achas que é fácil levar os amigos a fazerem o que tu queres?	SIM	NÃO
35. Achas que geralmente o que dizes conta pouco para o que comes em casa?	SIM	NÃO
36. Achas que quando alguém não gosta de ti pouco podes fazer para que goste?	SIM	NÃO
37. Achas que geralmente pouco adianta estudares porque a maior parte dos outros são claramente mais espertos do que tu?	SIM	NÃO
38. Tu és uma pessoa que acredita que pensar as coisas antes de as fazer faz com que elas corram melhor?	SIM	NÃO
39. Achas que geralmente o que dizes conta pouco para o que a tua família decide fazer?	SIM	NÃO
40. Pensas que é melhor ser esperto do que ter sorte?	SIM	NÃO

Data de hoje: ____/____/____

OBRIGADO!

Fonte: Nowicki e Strickland (1973)

IDADE ____ (anos) ____ (meses)
 DATA de realização: ____/____/____
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
 SEXO F ☐ M ☐ CÓDIGO | | | | | | | |

ROPELOC

POR FAVOR LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES
Não é um teste – não existem respostas certas nem erradas.

Este questionário tem como finalidade revelar a forma como pensa e se sente sobre si próprio. É importante que:

- Seja honesto (a);
- Dê respostas sobre si, sem questionar os outros;
- Responda como se sente neste momento (e não como se sentiu em outra altura da sua vida, ou como se poderá sentir no futuro).

As suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para pesquisas/estudos ou desenvolvimento de programas. As respostas não serão utilizadas de forma a caracterizá-lo (a), de forma individual. Utilize a escala de 8 pontos para classificar de verdadeiro (Descreve-me), ou falso (Não me descreve) cada uma das afirmações abaixo. Por favor não deixe nenhuma afirmação em branco.

FALSO NÃO ME DESCREVE				VERDADEIRO DESCREVE-ME			
1	2	3	4	5	6	7	8
Esta afirmação não me descreve; não tem nada a ver comigo		Mais falso do que verdadeiro		Mais verdadeiro do que falso		Esta afirmação muito a ver com descreve-me muito b	

ALGUNS EXEMPLOS

Sou criativo (a). 1 2 3 4 5 6 7 8
 colocou um círculo à volta do 6 porque considera que "Eu sou criativo (a)" é por vezes verdade. Ou seja, a afirmação por vezes descreve-o (a)).

Sou bom (boa) a escrever poesia. 1 2 3 4 5 6 7 8
 colocou um círculo à volta do 2 porque considera que a afirmação é mais falsa do que verdadeira. O que quer dizer que nte que não é muito bom (boa) a escrever poesia.)

C. Gosto de brincar com animais. 1 2 3 4 5 6 7 8
 Colocou um círculo à volta do 6, porque o primeiro pensamento foi o de que a afirmação era mais verdadeira do que falsa, no entanto, corrigiu para 7, para demonstrar que a afirmação a (o) descrevia muito bem.)

Se tiver alguma dúvida sobre o questionário, peça esclarecimento.

Agradecemos a sua disponibilidade e participação.

ROPELOC

Colocar um X no quadrado correspondente à sua opção	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Quando tenho tempo livre, uso-o sempre para pintar								
2. Gosto de trabalhar em equipa								
3. Normalmente, consigo gerir qualquer situação								
4. Consigo ser um bom(a) líder								
5. O meu esforço e as minhas acções determinam o meu futuro								
6. Prefiro estar activamente envolvido nas coisas								
7. Estou disponível a outras formas de pensar se surgir uma ideia melhor								
8. Em tudo o que faço, dou o melhor de mim para que tudo fique perfeito								
9. A sorte, as outras pessoas e acontecimentos, controlam a maior parte da minha vida								
10. Estou confiante de que tenho a capacidade de ser bem sucedido (a), em qualquer coisa que pretenda fazer								
11. Funciono bem nas situações sociais								
12. Mantenho a calma em situações stressantes								
13. Globalmente, a minha eficácia na vida é muito elevada								
14. Planeio e uso o meu tempo de modo eficiente								
15. Lido bem com situações de mudança								
16. Coopero bem quando estou a trabalhar em equipa								
17. Gosto mais de coisas com sabor doce do que com sabor amargo								
18. Aconteça o que acontecer, eu consigo lidar com a situação								
19. Sou capaz de ser um (a) bom (a) líder								
20. Gosto de ser activo (a) e enérgico (a)								
21. Aquilo que faço e o modo como o faço, determinarão os meus sucessos na vida								
22. Estou disponível a novos pensamentos e ideias								
23. Tento alcançar os melhores resultados possíveis, quando executo uma tarefa								
24. Quando me empenho em alguma tarefa, estou confiante de que vou ser bem sucedido (a)								
25. O meu futuro, em grande parte das vezes, está nas mãos de outras pessoas								
26. Sou competente e eficaz nas situações sociais								
27. Consigo manter-me calmo (a) e controlar a ansiedade, em quase todas as situações								
28. Sou eficiente e não desperdiço tempo								
29. No geral, sou eficaz, em qualquer situação na minha vida								
30. Quando as coisas à minha volta mudam, eu lido bem com isso								
31. Sou bom (boa) a cooperar com os outros elementos de uma equipa								
32. Consigo lidar bem com tudo em qualquer situação								
33. Resolvo todos os problemas de matemática com facilidade								
34. Consideram-me um (a) líder competente								
35. Gosto de me envolver nas situações e de fazer com que as coisas aconteçam								
36. Consigo adaptar os meus pensamentos e as minhas ideias								
37. Se tiver êxito na vida será por causa dos meus esforços								
38. Tento alcançar os melhores resultados possíveis, em tudo aquilo que faço								
39. Confio na minha capacidade para ser bem sucedido (a)								
40. Comunico eficazmente em situações sociais								
41. A minha vida é controlada principalmente por coisas que não dependem de mim								
42. Mantenho a calma quando as coisas correm mal								
43. Sou eficiente no modo de usar o meu tempo								
44. Reajo bem quando existem mudanças								
45. No geral, na minha vida sou uma pessoa muito eficaz								

CABS

IDT
Instituto de Diagnóstico e Referência Epidemiológica

Sexo: MASCULINO / FEMININO

Ano que frequentas: 1º 2º 3º 4º

Já repetiste algum ano: NÃO SIM –

Quantos irmãos tens: ____

Vives com: ☐ Pai e mãe ☐ Pai, mãe e irmãos ☐ Só com o pai ☐ Só com a mãe ☐ Avós

☐ Pai e madrasta ☐ Mãe e padrasto ☐ Outras, quais: _____

Qual é a profissão do teu pai: _____

Qual é a profissão da tua mãe: _____

Nome do teu Professor(a): _____

Nome do teu Educador: _____

Código _____

Data do teu nascimento: ____ / ____ / ____

A tua idade _____

Quantos anos repetiste: ____

Número da posição na fratria (1–mais velho): ____

Vais responder a algumas perguntas sobre o que fazes em várias situações. Não há respostas "certas" ou "erradas". Só tens de responder aquilo que realmente fazes. Tens de escolher a resposta mais parecida com aquilo que tu geralmente fazes. Das 5 respostas à tua escolha tu decides qual é a que é mais provável fazeres. Depois põe um círculo à volta da letra correspondente.

1. ALGUÉM DIZ: "ÉS MUITO SIMPÁTICO (A)". TU:

- a) Dizes: "Não, não sou assim tão simpático".
- b) Dizes: "Sim, acho que sou bestial".
- c) Dizes: "Obrigado".
- d) Não dizes nada e coras.
- e) Dizes: "Obrigado, também acho".

2. "ALGUÉM FAZ UMA COISA QUE TU ACHAS MESMO BOM. TU:

- a) Fazes como se não fosse assim tão bom e dizes "Não está mal".
- b) Dizes "Está bom, mas podia estar melhor".
- c) Não dizes nada.
- d) Dizes "Eu sou capaz de fazer muito melhor do que isso".
- e) Dizes "Está mesmo bom".

3. ESTÁS A TRABALHAR NUMA COISA DE QUE GOSTAS E ACHAS QUE ESTÁ MESMO BOM. ALGUÉM TE DIZ: "NÃO GOSTO DISSO". TU:

- a) Dizes "És um parvo".
- b) Dizes "Eu acho que está bom".
- c) Dizes "Tens razão".
- d) Dizes "Eu acho que está ótimo. E o que é que tu tens com isto".
- e) Sentes-te magoado mas não dizes nada.

4. ESQUECESTE-TE DE TRAZER UMA COISA QUE DEVIAS TER TRAZIDO.
DIZEM-TE: "MAS QUE PARVO! QUALQUER DIA ESQUECES-TE DA CABEÇA". TU:
- a) Dizes "Sou menos parvo do que tu. E não tens nada com isto".
 - b) Dizes "Tens razão, às vezes sou mesmo parvo".
 - c) Dizes "Se há aqui algum parvo és tu".
 - d) Dizes "Ninguém é perfeito. Não sou parvo só porque me esqueci duma coisa".
 - e) Não dizes nada, ou finges que não ouviste.
5. ALGUÉM COM QUEM COMBINASTE ENCONTRAR-TE CHEGA COM 30 MINUTOS DE ATRASO, O QUE TE ABORRECE. A PESSOA NÃO DÁ NENHUMA EXPLICAÇÃO. TU:
- a) Dizes "Estou aborrecido por me teres feito esperar tanto tempo".
 - b) Dizes "Já estava a ver quando é que chegavas".
 - c) Dizes "É a última vez que espero por ti".
 - d) Não dizes nada.
 - e) Dizes "És um parvo. Estás atrasado".
6. PRECISAS QUE ALGUÉM TE FAÇA UM FAVOR. TU:
- a) Dizes Não pedes nada.
 - b) Dizes "Tens de me fazer isto".
 - c) Dizes "És capaz de me fazer isto, por favor", e depois explicas o que pretendes.
 - d) Dás a entender que precisas que te façam um favor.
 - e) Dizes "Quero que me faças isto".
7. ALGUÉM TE PEDE QUE FAÇAS UMA COISA QUE TE IMPEDIRÁ DE FAZER AQUILO QUE REALMENTE QUERES FAZER. TU:
- a) Dizes "Eu tinha outros planos, mas faço isso que me pedes".
 - b) Dizes "Nem penses nisso. Vai pedir a outro".
 - c) Dizes "Está bem, eu faço o que queres".
 - d) Dizes "Não estás bom! Desaparece".
 - e) Dizes "Já fiz outros planos, talvez da próxima vez eu possa ajudar-te".
8. VÊS ALGUÉM QUE GOSTARIAS DE CONHECER. TU:
- a) Chamas pela pessoa dizendo-lhe que venha ter contigo.
 - b) Aproximas-te da pessoa, apresentas-te e comesças a falar.
 - c) Aproximas-te da pessoa e ficas à espera que ela fale contigo.
 - d) Aproximas-te da pessoa e comesças a falar sobre coisas importantes que tu fizeste.
 - e) Não dizes nada à pessoa.
9. ALGUÉM QUE TU NÃO CONHECES CHEGA-SE A TI E DIZ-TE "OLÁ". TU:
- a) Dizes "O que é que quer?"
 - b) Não dizes nada.
 - c) Dizes "Não me chateie. Desapareça".

- d) Dizes "Olá", apresentas-te e perguntas quem ela é.
- e) Acenas, dizes "Olá" e continuas o teu caminho.

10. SABES QUE ALGUÉM ESTÁ PREOCUPADO. TU:

- a) Dizes "Pareces preocupado. Posso ajudar?".
- b) Estás com ele, mas não dizes nada sobre a sua preocupação.
- c) Dizes "O que há contigo?".
- d) Não dizes nada e deixas a pessoa sozinha.
- e) Ris e dizes "Não passas de uma criancinha".

11. TU ESTÁS PREOCUPADO E ALGUÉM TE DIZ "PARECES PREOCUPADO". TU:

- a) Viras a cara e não dizes nada.
- b) Dizes "Não é nada contigo".
- c) Dizes "Sim estou preocupado – Obrigado por perguntares".
- d) Dizes "Não é nada".
- e) Dizes "Estou preocupado, deixa-me".

12. ACUSAM-TE DE UM ERRO QUE OUTRA PESSOA FEZ. TU:

- a) Dizes "Estás maluco".
- b) Dizes "A culpa não foi minha, foi outro que fez isso".
- c) Dizes "Acho que a culpa não foi minha".
- d) Dizes "Não fui eu, não sabes do que estás a falar".
- e) Aceitas as culpas e não dizes nada.

13. ALGUÉM TE PEDE QUE FAÇAS UMA COISA QUE TU NÃO SABES PORQUE É QUE TEM DE SER FEITA. TU:

- a) Dizes "Isso não faz sentido nenhum, não quero fazê-lo".
- b) Fazes o que te pedem e não dizes nada.
- c) Dizes "Que estupidez, não faço nada disso".
- d) Antes de o fazeres dizes "Não percebo porque é que queres que faça isto".
- e) Dizes "Se é isso que queres..." e depois fazes o que te pediram

14. ALGUÉM TE DIZ QUE ACHA QUE FIZESTE UMA COISA MUITO BEM FEITA. TU:


- a) Dizes "Sim, normalmente sou melhor do que a maioria".
- b) Dizes "Não foi assim nada de especial".
- c) Dizes "É, eu sou o melhor".
- d) Dizes "Obrigado".
- e) Ignoras e não dizes mais nada.

15. ALGUÉM FOI MUITO SIMPÁTICO CONTIGO. TU:

- a) Dizes "Foste mesmo simpático, obrigado".
- b) Fazes como se não tivesse sido muito simpático e dizes "Obrigadinho".

- c) Dizes "Trataste-me bem, mas não foi nada que eu não merecesse".
 - d) Ignoras e não dizes nada.
 - e) Dizes "Mesmo assim não me trataste tão bem quanto eu mereço".
16. ESTÁS A FALAR MUITO ALTO COM UM AMIGO E ALGUÉM TE DIZ "DESCULPE, MAS ESTÁ A FAZER MUITO BARULHO". TU:
- a) Paras de falar imediatamente.
 - b) Dizes "Se não lhe agrada, vá-se embora" e continuas a falar em voz baixa.
 - c) Dizes "Desculpe, vou falar mais baixo" e passas a falar mais baixinho.
 - d) Dizes "Desculpe" e paras de falar.
 - e) Dizes "Está bem" e continuas a falar em voz alta.
17. ESTÁS NUMA FILA E PASSAM-TE À FRENTE. TU:
- a) Fazes um comentário do tipo "Há quem tenha muita lata" e não dizes mais nada à pessoa.
 - b) Dizes "Vá para o fim da fila".
 - c) Não dizes nada à pessoa.
 - d) Dizes em voz alta "Saia daí seu espertinho".
 - e) Dizes "Eu estava primeiro, por favor vá para o fim da fila".
18. ALGUÉM TE FEZ ALGUMA COISA QUE TE ABORRECEU. TU:
- a) Gritas "És parvo, detesto-te".
 - b) Dizes "Estou zangado, não gostei nada do que fizeste".
 - c) Mostras-te magoado, sem dizer nada à pessoa.
 - d) Dizes "Estou chateado, não gosto de ti".
 - e) Ignoras e não dizes nada.
19. ALGUÉM TEM UMA COISA QUE TU GOSTAVAS DE USAR. TU:
- a) Dizes-lhe que te dê essa coisa.
 - b) Não pedes para a usar.
 - c) Tiras-lhe essa coisa.
 - d) Dizes à pessoa que gostarias de usar essa coisa e pedes-lhe.
 - e) Fazes um comentário sobre o assunto, mas não pedes para usar.
20. ALGUÉM TE PEDE EMPRESTADO UMA COISA NOVA QUE TU NÃO QUERES EMPRESTAR. TU:
- a) Dizes "Não, isto é novo e eu não quero emprestá-lo; talvez noutra altura".
 - b) Dizes "Francamente eu não me apetece emprestar, mas se queres leva-a".
 - c) Dizes "Não, tens as tuas coisas".
 - d) Emprestas-lhe, embora sem nenhuma vontade.
 - e) Dizes "Deves estar maluco!".

21. UM GRUPO ESTÁ A CONVERSAR SOBRE UM ASSUNTO DE QUE TU GOSTAS MUITO E APETECE-TE ENTRAR NA CONVERSA. TU:
- a) Não dizes nada.
 - b) Interrompes para começares logo a falar de como és bom nesse assunto.
 - c) Aproximas-te e entras na conversa quando consegues uma oportunidade.
 - d) Aproximas-te e esperas que reparem em ti.
 - e) Interrompes para começares logo a falar de como gostas desse assunto.
22. ESTÁS A FAZER QUALQUER COISA DE QUE GOSTAS E ALGUÉM TE PERGUNTA "O QUE É QUE ESTÁS A FAZER?". TU:
- a) Dizes "É uma coisa" ou "não é nada".
 - b) Dizes "Não chateies, não vês que estou a trabalhar?".
 - c) Continuas a trabalhar e não dizes nada.
 - d) Dizes "Não é nada que te interesse".
 - e) Paras de trabalhar e explicas o que estás a fazer
23. VÊS ALGUÉM ESCORREGAR E CAIR. TU
- a) Riste e dizes "Porque é que não olhas para onde pisas?".
 - b) Dizes "Estás bem? Posso fazer alguma coisa?".
 - c) Dizes "O que foi?".
 - d) Dizes "Está mal!".
 - e) Não fazes nada.
24. BATESTE COM A CABEÇA NUMA PRATELEIRA E MAGOASTE-TE. PERGUNTAM-TE "ESTÁS BEM?". TU:
- a) Dizes "Estou ótimo, deixa-me".
 - b) Não dizes nada e ignoras.
 - c) Dizes "Porque é que não te metes na tua vida?".
 - d) Dizes "Não, magoei-me na cabeça. Obrigado por perguntares".
 - e) Dizes "Não foi nada, estou bem".
25. TU FIZESTE UM ERRO E ACUSAM OUTRA PESSOA EM VEZ DE TI. TU:
- a) Não dizes nada.
 - b) Dizes "O erro é deles".
 - c) Dizes "Fui eu que tive a culpa".
 - d) Dizes "Não me parece que ele tenha feito isso".
 - e) Dizes "O problema é deles".
26. SENTES-TE OFENDIDO POR ALGUMA COISA QUE TE DISSERAM. TU:
- a) Afastas-te da pessoa sem dizeres porquê.
 - b) Dizes a essa pessoa que não volte a repeti-lo.
 - c) Não dizes nada, embora te sintas magoado.

- 
- d) Também a insultas e chamas-lhe um nome feio.
 - e) Dizes que não gostas do que ele disse e que não volte a repeti-lo.

27. ALGUÉM TE INTERROMPE MUITAS VEZES QUANDO ESTÁS A FALAR. TU:

- a) Dizes "Desculpe, eu gostava de acabar o que estou a dizer".
- b) Dizes "Isto não é justo. Não posso falar?".
- c) Interrompes essa pessoa, recomeçando a falar outra vez.
- d) Não dizes nada e deixas a pessoa falar.
- e) Dizes "Cala-te, eu estava a falar".

Data de hoje: __/__/__

OBRIGADO!

Fonte: Hobbs e Walle (1985).

ANEXO XI – Intervenção na Semana Académica



DECLARAÇÃO

I.D.T.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

I.D.T., I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. •
Praça de Alvalade, N.º 7 – 5.º ao 13.º andar • 1700 – 036 Lisboa
NIPC: 506452654

Unidade Formativa Acreditada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
Processo N.º 09/25-09-2002 nos termos da Portaria N.º 782/97, de 29 de Agosto

Declara-se que **Maria Cristina da Silva Amorim**, participou na dinamização da Intervenção na

«SEMANA ACADÉMICA DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE 2009»

tendo decorrido nos dias **9 a 16 de Maio** de 2009.

Organizada e promovida pelo Centro de Respostas Integradas da Delegação Regional do
Algarve
do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

Faro, 3 de Novembro de 2009

O Delegado Regional do Algarve do I.D.T., I.P.


António Camacho

ANEXO XII - Norma do “Processo de Acolhimento” no IDT



Norma n.º 01		Intervenções no PROCESSO de ACOLHIMENTO		Pág. 1/2
DESTINATÁRIOS		Enfermeiros no IDT, I.P.		
ÂMBITO de APLICAÇÃO		Unidades de Cuidados do IDT, I.P.		
Elaboração	Aprovação	Revisão N.º 01	Próxima Revisão	
Grupo de Missão Março 2009	Comité da Qualidade Maio 2009	Maio 2009	Novembro 2009	

CONCEITO

O acolhimento é a interacção subjacente e/ou suporte de qualquer intervenção, sustentada no contacto interpessoal, que visa a possibilidade de o Cliente se vir a sentir como fazendo parte da equipa terapêutica, ocupe o seu direito de centralidade na mesma e actue como seu principal protagonista.

O processo de acolhimento resulta do cruzamento da identidade Pessoal e Profissional do funcionário / colaborador com a cultura organizacional e projecta a imagem do IDT, I.P. junto dos Clientes. Como grande parte destes só volta se for cativada, é de crucial importância a forma de proceder nas situações de acolhimento, pois este condiciona a aproximação (ou não) do Cliente. Cada acolhimento é um acto singular, uma situação/momento único entre duas (ou mais) Pessoas, num contexto específico. Trata-se de *“uma atitude permanente que visa ir ao encontro do Outro para o fazer passar do seu estatuto de estranho ao de companheiro. Não é uma questão de local ou de conforto, mas de aceitação real da sua presença. No fundo, é darmos ao Cliente a possibilidade de se sentir como fazendo parte e não como mais um”* (SILVA, p. 84).

O acolhimento é um dos momentos de excelência em que se exige ao Enfermeiro que a relação estabelecida atinja o equilíbrio entre o factor humano e a componente técnica. É através da relação interpessoal - processo transaccional - que se desencadeiam as probabilidades de actuação. Por isso, importa mobilizar as competências (pessoais e profissionais) no domínio da comunicação, enquanto processo multifacetado e plural ¹.

Alguns pressupostos para a boa prática de Acolhimento:

- ↳ Conhecer bem toda a Unidade de Cuidados e os serviços que disponibiliza.
- ↳ Relação personalizada e humanizada.
- ↳ Fornecer o horário de atendimento.
- ↳ Proporcionar um espaço físico que garanta condições de proximidade e segurança.
- ↳ Favorecer a empatia e respeitar integralmente os direitos do cidadão no SNS.

¹ Cada Funcionário é responsável pela sua autoformação.

Se o Cliente utiliza o IDT, IP ou a Unidade Local pela 1.ª vez, facilitar-lhe a integração através da:

- ↳ Apresentação individual e dos outros profissionais presentes;
- ↳ Apresentação do espaço em que se encontra e dos que poderá utilizar para os processos subsequentes.

Em todos os contactos:

1. Estabelecer uma relação harmoniosa, disponível e focalizada no Cliente:
 - ↳ Respeitar a privacidade do Cliente – atenda um Cliente de cada vez;
 - ↳ Escutar atentamente, deixando ou incentivando o Cliente a expor totalmente a opinião;
 - ↳ Prestar atenção visual, olhar o Cliente;
 - ↳ Valorizar a singularidade - cada Pessoa é única;
 - ↳ Dialogar utilizando linguagem acessível, clara e precisa;
 - ↳ Mediar-integrando a diversidade cultural no projecto terapêutico;
 - ↳ Validar sempre com o Cliente a informação que este percebeu da que lhe foi transmitida;
 - ↳ Assumir as suas responsabilidades e responsabilizando;
2. Promover um ambiente físico e emocional acolhedor, isento de ruídos (por ex. espaço organizado e arrumado não exige investimento financeiro, mas sim criatividade e disciplina);
3. Promover o consentimento informado, fornecendo toda a informação necessária à decisão esclarecida.

Para além de favorecer a integração do Cliente nos serviços da Unidade Local (UL) e no respectivo projecto/processo terapêutico, a boa prática de Acolhimento é uma questão de respeito, não só pelo Cliente mas também por si e pelo organismo IDT, IP, englobando todos os seus Colaboradores.

Fontes e Leituras recomendadas

- BERNARDO, Frei O.P., 1990. Humanização, in *Servir*, n.º 35, Jan-Fev. Lisboa.
- DRESSLER, David; WILLIS, William M., 1980. *O estudo da interacção humana*. Rio de Janeiro, Interciência.
- FRIEDMAN, Marilyn M., 1986. *Family nursing. Theory and assessment*, 2.ª ed. Norwalk, (OMS Co), Appleton – Century – Crofts.
- GRAÇA, Paula, 2008. *Formação em cultura institucional*. In Repositório da Intranet do IDT, I.P.
- MOREL, A. et al., 1998. *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa, Climepsi.
- Ministério da Saúde, 1994. *Plano Nacional para a Humanização dos serviços de Saúde*.
- PHANEUF, Margot, 2005 (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- SILVA, Adelaide; ÁLVARES, Paula, s.d. *O diálogo sobre humanização dos cuidados ou uma aventura para reflectir*. Ed. Ministério da Saúde.

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Sr. RG

Data: 23/11/2009

Utente do sexo masculino, 42 anos de idade, desempregado, vive com a mãe.

Iniciou consumo de tabaco aos 12 anos de idade, álcool aos 13 e opiáceos aos 15. Teve o primeiro internamento para desabituação em 1992 e encontra-se em Programa de Metadona. O último internamento, para desabituação, foi em Fevereiro de 2008, o qual foi suspenso por motivo de violência.

Refere que deixou de trabalhar devido às lesões das pernas, da “má circulação”, e como ficava em casa começou a beber cada vez mais. *“A minha mãe insistiu para eu me tratar”*.

Consume, diariamente, cerca de 96 gramas de cerveja (6 unidades) e 480 gramas de vinho (40 unidades). Começa a beber logo de manhã, caso contrário sente tremores. Bebe em casa e em locais públicos. Refere insónias *“como não consigo dormir, fico no sofá a ver televisão e a beber”*.

Encontra-se internado para suspensão de consumos problemáticos de álcool, ajuste da dose de Metadona e início de terapêutica aversiva.

Em aparente fase contemplativa. O utente reconhece que tem um problema com o consumo de álcool e considera a mudança. Observa-se, no entanto, uma ambivalência e uma tentativa de centrar a atenção no problema da “má circulação”, como problema principal.

Refere ter tido alucinações auditivas (vozes), sem especificar o conteúdo das mesmas.

Actualmente não apresenta actividade delirante ou alucinatória.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Aspecto, Atitude e Actividade

Idade aparente superior à real, telangiectasias na face. Ligeiramente desarranjado, usa pijama e robe de quarto. Exala um odor intenso e desagradável dos pés. Apresenta alteração da integridade cutânea – eczema – no terço inferior de ambas as pernas. Apresenta diminuição da força muscular nos membros inferiores e desequilíbrio na marcha. Senta-se afundado na

cadeira, de onde tem dificuldade em levantar-se. O contacto com o olhar é limitado. É de um modo geral colaborante na entrevista.

Discurso e Linguagem

O discurso é fluente e gramatical. Nomeação, repetição e compreensão intactas. Capacidade de ler e escrever alteradas.

Humor e Emoções

O humor é depressivo. O estado emocional é congruente; não ri ou sorri durante a entrevista.

Conteúdo, Processo do Pensamento e Percepção

Conteúdo centrado nas lesões dos membros inferiores, que acredita serem devidos à *“má circulação”*.

Cognição

Orientado auto e alopsiquicamente, no tempo e no espaço. Atenção e memória aparentemente sem alterações.

Insight e Juízo Crítico

Insight Diminuição do insight relativamente ao abuso do álcool, centrando a atenção nas lesões dos membros inferiores. Juízo crítico alterado, com incapacidade de relacionar os seus problemas com o alcoolismo. Refere que *“para mim a bebida acabou”*, no entanto tem dificuldade em identificar factores de risco para a recaída. *“Posso estar no café com os outros a beberem. Peço uma garrafa de água ou qualquer coisa...”*.

Nota: No final da entrevista foi proposto ao utente o preenchimento do Questionário CAGE. Concordou mas, ao pegar no questionário teve dificuldade na leitura e preenchimento do mesmo. Devolveu o questionário e pediu para lhe ler as perguntas, respondendo sem hesitações. As respostas às quatro questões foram afirmativas, o que comprova que se encontra numa situação de dependência alcoólica.

Diagnósticos

Auto Estima Diminuída

7 Eixos P.E.	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Individuo	Auto-estima	Diminuída			19/11
Intervenções de Enfermagem	Incentivar		Comportamento Assertivo			Técnica de Assertividade	
	Encorajar		Auto-conhecimento			Relação de Ajuda	22/11
	Elogiar		Comportamentos			Entrevista Motivacional	23/11
	Encorajar		Confiança				30/11
Resultados de Enfermagem			Auto-estima	Melhorada			30/11

Coping ineficaz

7 Eixos P.E.	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Individuo	Coping	Ineficaz			23/11
Intervenções de Enfermagem	Executar		Auto-conhecimento			Reestruturação Cognitiva	23/11
	Instruir		Coping ineficaz			Técnica de	

Insónia, Actual

7 Eixos P.E.	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Individuo	Insónia	Actual			19/11
Intervenções de Enfermagem	Incentivar Instruir Educar Solicitar		Auto-cuidado Padrão de sono-reposo			Técnica de Relaxamento Higiene do sono Serviço médico	23/11
Resultados de Enfermagem			Insónia	Ausente			30/11

- **EXERCÍCIO PARA O BALANÇO DECISIONAL (Sylvan, 2002)**

Nota: No final da entrevista propus ao utente o preenchimento do exercício para o balanço decisional. O utente teve dificuldade no preenchimento do exercício, tendo pedido ajuda a outro utente, o que, aliás, se nota na linguagem utilizada.

<p>Vantagens de continuar o comportamento</p> <p><i>Nenhuma vantagem</i></p> <p><i>Princípio do fim da vida</i></p>	<p>Vantagens de mudar o comportamento</p> <p><i>Pessoa saudável</i></p> <p><i>Disponibilidade</i></p> <p><i>Fim dos conflitos</i></p> <p><i>Acordar para a vida</i></p> <p><i>Tratar de todos os assuntos que por tratar.</i></p> <p><i>Possibilidade de actividade profissional.</i></p>
<p>Desvantagens de continuar o comportamento</p> <p><i>Problemas</i></p> <p><i>Comportamento social</i></p> <p><i>Conflito familiar</i></p>	<p>Desvantagens de mudar o comportamento</p> <p><i>Corre o risco de acabar com a vida e com tudo o que conseguiu enquanto esteve limpo.</i></p>

Adaptado de: Ferreira- Borges, Carina; Cunha Filho, Hilson – Álcool e outras Drogas, Intervenções Breves. Lisboa: Climepsi, 2007.

AVALIAÇÃO CONTÍNUA

23/11/2009

Foi realizada Entrevista de Ajuda. O utente apresenta melhoria significativa a nível das telangiectasias da face. Higiene pessoal e vestuário cuidado e adequado. Diminuição significativa dos edemas, sobretudo a nível dos membros inferiores. As lesões que das pernas apresentam boa evolução, sem sinais de descamação. Mantém diminuição da força muscular nos membros inferiores e desequilíbrio na marcha. Colaborante durante a entrevista, mantendo o contacto visual.

Apresenta humor deprimido. O estado emocional é congruente. Apelativo em relação à atenção da equipa.

Mantém o conteúdo do pensamento centrado nas lesões dos membros inferiores, que o *“enquanto não tiver as pernas boas não posso trabalhar, por causa do pó...”*.

Mantém diminuição do insight relativamente ao abuso do álcool, centrando a atenção nas lesões dos membros inferiores. Juízo crítico alterado pela incapacidade de relacionar os seus problemas com o alcoolismo.

A intervenção foi direccionada no sentido de ajudar o utente a tomar consciência dos malefícios do álcool e da necessidade de identificar os factores de risco para a recaída, para poder delinear estratégias de prevenção da mesma.

30/11/2009

Nesta entrevista o utente verbalizou apreensão em relação ao regresso a casa, programado para o dia 2. Refere que gostaria de ir para a Comunidade Terapêutica do Falacho, mas não tem recursos económicos que lhe permitam concretizar este seu desejo.

Aparentemente está mais consciente dos riscos de recaída. Também já consegue estabelecer relação entre as lesões dos membros inferiores e o consumo abusivo de álcool.

Foram delineadas, conjuntamente com o utente algumas estratégias de prevenção da recaída, nomeadamente as idas à consulta com o terapeuta e não ter bebidas alcoólicas em casa sob nenhum pretexto.

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Sr. AM

Utente do sexo masculino, 36 anos de idade. Concluiu o 6º ano de escolaridade, ganha a vida como mariscador (apanhador de marisco).

Vive em união de facto há cerca de 18 meses e não tem filhos. Refere ter uma boa relação com a companheira.

Tem um irmão que se encontra no Programa de Substituição com Metadona, tendo deixado os consumos.

Iniciou consumo de tabaco e cannabis aos 12 anos de idade, álcool aos 13.

Aos 15 anos de idade iniciou consumos de heroína fumada, passando a consumos endovenosos aos 17 anos, altura em que iniciou o consumo de cocaína. Aos 18 anos passou a consumir também benzodiazepinas.

Teve o 1º internamento para desabilitação aos 26 anos. Refere que voltou aos consumos após 18 meses, o que o levou a fazer um segundo tratamento, desta vez com o Programa de Minnesota e durante 6 anos conseguiu manter-se afastado dos consumos. Após esse período, voltou a recair, pediu então ajuda e teve o seu primeiro internamento na Unidade de Desabilitação do Algarve.

O seu segundo internamento, na Unidade de Desabilitação do Algarve, ocorreu há cerca de 1 ano. Nessa altura esteve medicado com antagonista durante 6 meses. Refere que se sentia muito mal devido ao antagonista, motivo pelo qual decidiu parar. Esteve algum tempo sem consumir e refere que não sabe porque voltou a consumir, “deu-me aquela vontade, nem sei porquê. Não culpo nada nem ninguém. Sou mesmo eu... parece que me canso de estar bem...” (sic). Nota-se aqui algum grau de conflito psicológico, ou ambivalência, para escolher entre dois caminhos diferentes porque cada um deles tem os seus benefícios e os seus custos.

Refere que a fonte de rendimento é o trabalho, como mariscador, e era daí que retirava o dinheiro para a heroína. Actualmente consumia 7 dias por semana, 50 € / dia, fumada.

Em aparente fase contemplativa: Reconhece que tem um problema relacionado com o consumo de substâncias. Quando questionado acerca dos impactos do consumo de substâncias, na sua vida, refere: *“Não é isto que eu quero para mim. Tudo corre muito melhor quando eu não consumo...”*. Diz-se decidido a criar condições externas para a mudança porque habitualmente não convive com pessoas que consomem. *“só vou ter com eles quando quero comprar o produto, fora disso tenho qualquer contacto”*.

Sem actividade alucinatória ou delirante.

Apresenta sintomatologia de abstinência, nomeadamente: anorexia, mioartralgias, humor deprimido, ansiedade, midríase e arrepios.

Desconhece alergias.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Aspecto, Atitude e Actividade

A idade aparente superior á idade real. Peso adequado à estatura. Apresenta alguma rigidez de movimentos. Durante a entrevista mantém uma postura curvada, com as mãos no meio dos joelhos. O contacto com olhar é limitado, mantém os olhos baixos. É, de um modo geral colaborante na entrevista.

Discurso e Linguagem

Exprime-se por meio de mensagens claras, bem articuladas e em linguagem correcta, apresentando um discurso coerente. Diminuição da espontaneidade do discurso, com aumento do tempo de latência. Nomeação, repetição e compreensão intactas.

Humor e Emoções

O humor é disfórico e ansioso. O estado emocional é congruente.

Conteúdo, Processo do Pensamento e Percepção

Conteúdo centrado na sintomatologia de abstinência. Relativamente ao processo do pensamento, não apresenta alterações. Não verbaliza alucinações ou delírios.

Cognição

Orientado auto e alopsiquicamente, no tempo e no espaço.

Insight e Juízo Crítico

Insight - Reconhece que tem um problema relacionado com o consumo de substâncias: *“não é esta vida que eu quero para mim. Tudo corre melhor quando não consumo”* (sic)

Juízo crítico alterado, apesar de estar a mobilizar-se para a mudança no que respeita ao consumo de substâncias, nota-se uma ambivalência e ausência de um plano específico de acção.

DIAGNÓSTICOS CIPE

- Ambivalência
- Ansiedade
- Humor deprimido

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Sr. MA

Utente do sexo masculino, 31anos de idade. Concluiu o 7º ano de escolaridade. Actualmente encontra-se desempregado.

É o mais velho de dois irmãos. Refere que a relação com os pais sempre foi fria e distante. *“A minha mãe nem tanto mas o meu pai ... era só chapada. Nunca falaram comigo”*.

Iniciou consumo de álcool aos 13 anos de idade, haxixe aos 16 e heroína e cocaína aos 19. Esteve em Programa de Buprenorfina aos 27 anos de idade mas acabou por abandonar. *“Queríamos muito ter um filho mas a minha mulher não conseguia engravidar e achei que seria por causa dos químicos que tenho tomado”*.

Esteve em tratamento de desabitação na Unidade de Desabitação do Algarve. Quando saiu recusou fazer antagonista. Refere que esteve um mês sem consumir mas que ao fim de um mês voltou aos consumos e separou-se da mulher *“ela era muito controladora, estava sempre desconfiada comigo”*.

Refere que há cerca de um mês se despediu porque era uma tensão muito grande arranjar o produto e consumir antes de ir trabalhar, *“então despedi-me. De manhã comprava a droga, ia para casa e passava o dia a fumar”*.

Em aparente fase contemplativa: reconhece que tem um problema relacionado com o consumo de drogas, no entanto tem dificuldade em mobilizar-se para a mudança.

Sem actividade alucinatória ou delirante.

Não apresenta sintomatologia de abstinência.

Desconhece alergias.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Aspecto, Atitude e Actividade

Idade aparente coincidente com a idade real. Peso adequado à estatura. Higiene pessoal e vestuário cuidados. Apresenta-se sonolento e com lentificação psicomotora. Durante a entrevista manteve o contacto visual. É, de um modo geral colaborante na entrevista.

Discurso e Linguagem

Exprime-se por meio de mensagens claras, bem articuladas e em linguagem correcta, apresentando um discurso coerente. Nomeação, repetição e compreensão intactas.

Humor e Emoções

O humor é disfórico. O estado emocional é congruente.

Conteúdo, Processo do Pensamento e Percepção

Conteúdo centrado no tema do consumo de heroína e as suas consequências para a saúde sexual e reprodutiva. Relativamente ao processo do pensamento, não apresenta alterações. Não verbaliza alucinações ou delírios.

Cognição

Orientado auto e alopsiquicamente, no tempo e no espaço.

Insight e Juízo Crítico

Diminuição do insight, reconhece que tem um problema relacionado com o consumo de drogas mas sem estabelecer relação com as consequências a nível familiar e profissional. O Juízo crítico encontra-se alterado pois diz que está decidido a parar os consumos mas sem conseguir delinear objectivos de vida ou estratégias que lhe permitam manter-se firme no seu propósito.

DIAGNÓSTICOS CIPE

- Força de Vontade, Diminuída
- Tristeza, Actual
- Coping ineficaz

- EXERCÍCIO PARA O BALANÇO DECISIONAL (Sylvan, 2002)

<p>Vantagens de continuar o comportamento</p> <p><i>“Nenhuma, porque estava a dar um comportamento muito mau ao meu corpo e cérebro”</i></p>	<p>Vantagens de mudar o comportamento</p> <p><i>“Não continuar com os consumos de heroína ou álcool ou outros tipos de droga”</i></p>
<p>Desvantagens de continuar o comportamento</p> <p><i>“Sinceramente não sei porque a única que tenho sentido, são os ataques de epilepsia, mas não tenho qualquer lembrança de quando começa ou de quando acaba só venho a mim depois de 30 minutos ou uma hora.”</i></p>	<p>Desvantagens de mudar o comportamento</p> <p><i>Ter uma vida melhor e mais saudável”</i></p>

Adaptado de: Ferreira- Borges, Carina; Cunha Filho, Hilson – Álcool e outras Drogas, Intervenções Breves. Lisboa: Climepsi, 2007.

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Sr. MD

Utente do sexo masculino, 42 anos de idade. Trabalha como técnico de telecomunicações. É casado e não tem filhos.

Deu entrada na Unidade de Desabilitação para parar consumos problemáticos de álcool (+- 420 mg/dia) e para iniciar terapêutica aversiva ao álcool (Dissulfiram).

Iniciou o consumo abusivo de álcool aos 23 anos de idade. Em 2001 teve uma pancreatite e, em 2003, fez o primeiro internamento para desabilitação, em Belas. O seu último internamento foi em 2008. Refere que esteve seis meses abstinente mas que, um dia numa festa teve uma recaída *“pensei que só um bocadinho não fizesse mal mas, a partir daí nunca mais consegui parar”*.

Devido ao consumo de álcool esteve a ponto de perder o emprego e a mulher. *“Não podia continuar assim senão perdia o emprego, trabalho lá há 23 anos... e os problemas com a minha mulher são só por causa da bebida, ela está farta e tem razão...”*

É o seu primeiro internamento no IDT. Quando chegou à UD verbalizava ideação suicida que, neste momento nega. *“Não sei, eu estava desesperado mas agora já não penso nisso. Quero é tratar-me e reconquistar a minha mulher”*.

É filho único. Refere ter uma *“boa relação com a mãe e razoável com o pai”*.

O consumo de álcool era sempre em locais públicos e consistia, essencialmente em Brandy. *“Não conseguia estar em casa. Dizia á minha mulher que ia tomar café, mas eu nem tomava café, ia beber! E regressava às tantas. Claro que isso era um problema...”*.

Em aparente fase de preparação: *“Quando me convidarem para ir tomar qualquer coisa, invento uma desculpa. Digo que não posso ou qualquer coisa”*. *“Também penso ir às consultas a Olhão todos os meses. Tem mesmo que ser...”*.

Não apresenta actividade alucinatória ou delirante.

Como antecedentes pessoais refere alergia à penicilina.

Teve uma fractura do cóccix em 2001. Tem uma prótese do ombro.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Aspecto, Atitude e Actividade

Idade aparente coincidente com a idade real. É baixo, com peso adequado à sua estatura. Higiene e vestuário cuidados. Apresentava-se tenso no início a entrevista, descontraindo progressivamente durante a realização da mesma. Esteve, de um modo geral, colaborante durante a realização da mesma.

Discurso e Linguagem

O discurso é fluente e gramatical. Nomeação, repetição e compreensão intactas. Capacidade de ler e escrever mantidas.

Humor e Emoções

O humor é depressivo. O estado emocional é congruente.

Conteúdo, Processo do Pensamento e Percepção

Conteúdo centrado na necessidade de deixar de beber para “salvar o casamento e o emprego”. Nega actividade delirante ou alucinatória. Nega ideação suicida. Sem alterações do processo de pensamento.

Cognição

Orientado auto e alopsiquicamente, no tempo e no espaço. Atenção e memória aparentemente sem alterações.

***Insight* e Juízo Crítico**

Reconhece que a sua dependência do álcool é um problema e está disposto a tratar-se. Consegue identificar os factores de risco de recaída e tem estratégias para os evitar, nomeadamente evitando a companhia das pessoas com quem costumava beber.

DIAGNÓSTICOS CIPE

Coping ineficaz

7 Eixos P.E.	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Individuo	Coping	Ineficaz			30/11
Intervenções de Enfermagem	Executar Instruir Avaliar		Auto-conhecimento Coping ineficaz			Reestruturação Cognitiva Técnica de Resolução de Problemas Instrumento de Avaliação	
Resultados de Enfermagem			Coping	Melhorado			

Auto estima diminuída

7 Eixos P.E.	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Individuo	Auto-estima	Diminuída			30/11
	Incentivar		Comportamento Assertivo			Técnica de Assertividade	

Intervenções de Enfermagem	Encorajar Elogiar Encorajar		Auto-conhecimento Comportamentos Confiança			Relação de Ajuda Entrevista Motivacional	
Resultados de Enfermagem			Auto-estima	Melhorada			

Insónia actual

7 Eixos P.E.	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Individuo	Insónia	Actual			30/11
Intervenções de Enfermagem	Incentivar Instruir Educar Solicitar		Auto-cuidado Padrão de sono-reposo			Técnica de Relaxamento Higiene do sono Serviço médico	
Resultados de Enfermagem			Insónia	Ausente			

Nota: No final da entrevista propus ao utente o preenchimento do exercício para o balanço decisional, o qual me foi entregue no dia seguinte devidamente preenchido, e que transcrevo.

EXERCÍCIO PARA O BALANÇO DECISIONAL (Sylvan, 2002)

	Permanecer (continuar a beber)	Mudar (não beber)
Vantagens (+)	<p><i>NENHUMAS</i></p>	<p><i>Em primeiro lugar vou tentar a paz tão desejada com a minha mulher.</i></p> <p><i>Depois vou fazer tudo o que estiver ao meu alcance para não perder o meu trabalho.</i></p> <p><i>Ser feliz e viver muitos anos.</i></p>
Desvantagens (-)	<p><i>Perder a mulher que tanto amo. De seguida é certo e sabido que o meu emprego também se vai à vida. Após isto segue-se a queda livre em direcção ao fundo, aí será inevitável a chacota, o gozo enfim creio que seja o que qualquer humano não quer isto leva ao isolamento e inevitavelmente à morte.</i></p>	<p><i>NENHUMAS</i></p>

Adaptado de: Ferreira- Borges e Filho, Hilson (2007)

ANEXO XIV - Exercício para o Balanço Decisional

EXERCÍCIO PARA O BALANÇO DECISIONAL (SYLVAN, 2002)

Vantagens de continuar o comportamento	Vantagens de mudar o comportamento
Desvantagens de continuar o comportamento	Desvantagens de mudar o comportamento

Adaptado de: Ferreira- Borges, Carina; Cunha Filho, Hilson – Álcool e outras Drogas, Intervenções Breves. Lisboa: Climepsi, 2007.

ANEXO XV - Texto de apoio da sessão de relaxamento

Relaxamento

Poder da árvore

Deite-se confortavelmente de barriga para cima

Os braços esticados ao longo do corpo

Relaxe

Faça algumas inspirações profundas, calma e compassadamente

Ao inspirar observe como o ar vai entrando pelas suas narinas e chegando aos pulmões

Ao expirar deite para fora, com o ar, tudo o que o incomoda

Procure relaxar

Agora

1- Dobre seus pés em direcção ao seu corpo. Sinta a tensão, mantenha por alguns segundos e relaxe.

2 - Estique seus pés, sinta a tensão nos músculos da barriga da perna, mantenha por alguns segundos e relaxe.

3 - Aperte o calcanhar contra o apoio, sinta os músculos da perna contraídos, mantenha e relaxe.

4 - Contraia os músculos das nádegas, mantenha por alguns segundos e relaxe.

5 - Expandir o abdómen abaulando a barriga. Mantenha e relaxe. Não prenda a respiração, respire normalmente.

6 - Contraia os músculos das costas como se quisesse se desprender do apoio. Mantenha e relaxe.

7 - Eleve os ombros na direcção das orelhas, sinta a tensão e relaxe.

8 - Levante os braços estendidos em direcção ao teto, mantenha e relaxe vagarosamente.

9 - Feche os olhos apertando-os, mantenha e relaxe.

10 - Franza as sobrancelhas, sinta a tensão dos músculos da testa e relaxe.

11 - Aperte os lábios, mantenha e relaxe. Os dentes devem estar separados e os lábios soltos.

12 - Olhe para o teto, para baixo, para os lados e relaxe.

Imagine que está a caminhar na floresta e chega diante de uma bela árvore

Observe o tronco firme, os galhos fortes
As folhas tocadas por suaves ventos
Repare na sua postura majestosa
Pense na tranquilidade com que ela enfrenta as tempestades
Sempre ali, serena e forte
Maternal como a própria natureza
Aproxime-se mais, encoste-se a ela e sinta como se você fosse a própria árvore
Perceba o balouçar das folhas ao toque da brisa, o cantar dos pássaros
Você faz parte da natureza
Sinta em si mesmo, no seu corpo, na sua mente, a serena força, o tranquilo poder da árvore
Diga mentalmente
É com esta força, com esta tranquilidade e confiança
É com este poder que eu vou vencer todas as dificuldades que possam surgir no meu caminho
Passe um pensamento de gratidão à natureza
Comece a voltar tranquilamente para o mundo exterior
Movimente os pés, os braços
Movimente a cabeça
Vá abrindo os olhos devagarinho
E traga dentro de si, para o seu mundo externo, a força da natureza
O tranquilo poder da árvore

**UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO ALGARVE**

SÍNDROMA DE PRIVAÇÃO - AVALIAÇÃO

[illegible]



SÍNDROMA DE PRIVAÇÃO - AVALIAÇÃO

Nome _____

Procº Nº _____

Peso Admissão _____ Kg; Alta _____ Kg

	Dias																																		
	13º			14º			15º			16º			17º			18º			19º			20º			21º			22º			23º			24º	
	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T		
Bocejo																																			
Lacrimação																																			
Rinorreia																																			
Sudorese																																			
Arrepios																																			
Tremor																																			
Convulsões																																			
Piloerecção																																			
Inquietação																																			
Irritabilidade																																			
Midriase																																			
Agitação																																			
Vômito																																			
Diarreia																																			
Proc. Drogas																																			
Pulso (ppm)																																			
TA (mm Hg)																																			
Taquipneia																																			
Total turno																																			
Média dia																																			
Sintomas																																			
Anorexia																																			
Insónias																																			
Mioartralgias																																			
Caimbras																																			
Cólicas Abd.																																			
Depressão																																			
Angústia																																			
Ansiedade																																			
Total turno																																			
Média dia																																			
TOTAL DIA																																			
Sono																																			
T. ax (°C)																																			
Dor (ut.)																																			

Assinalar:

- Sinais / Sintomas: 0 se ausente; 1 a 2 conforme for "moderado" ou "intenso".
- Sono: Bom se dormiu a maior parte do turno; Pes se pesadelos; Agit se agitado; Ins se insónia importante (medicação SOS).
- Pulso: 0 se 60-90 ppm; 1 se 50-59 ou 91-119 ppm; 2 se ≤ 49 ou ≥ 120 ppm.
- TA: 0 se $\leq 140/90$; 1 se $\geq 140/90$; 2 se $\geq 160/95$.
- Taquipneia: 0 se < 20 ciclos resp./min; 1 se 20-30; 2 se mais de 30.
- Dor (ut.) – inscrever nº 0-10, média da avaliação que o utente faz da dor que sente

/ se não aval.

ÁLCOOL USO ABUSO DEPENDÊNCIA

PLANO DA SESSÃO

- TEMA: Alcool: uso, abuso e dependência
- POPULAÇÃO ALVO: Utentes da Unidade de Desabilitação do Algarve
- OBJECTIVOS GERAIS: Sensibilizar para a importância do consumo moderado e responsável de bebidas alcoólicas
- OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:
 - Esclarecer o conceito de uso, abuso e dependência
 - Reflectir sobre os efeitos nocivos do álcool
 - Desmistificar algumas ideias em torno das bebidas alcoólicas
- DATA: 01/12/2009
- HORA: 16:00
- LOCAL: Unidade de Desabilitação do Algarve (Marim)

METODOLOGIA

<u>CONTEÚDOS</u>	<u>MÉTODO</u>	<u>TÉCNICA</u>	<u>M.A.E.</u>	<u>DURAÇÃO</u>
<u>INTRODUÇÃO</u> APRESENTAÇÃO DO TEMA	Afirmativo	Exposição	Computador e LCD	2'
<u>DESENVOLVIMENTO</u> Conceitos gerais uso, abuso e dependência Efeitos do álcool no organismo humano Mitos associados ao álcool Aplicação do Questionário CAGE	Afirmativo Interactivo	Exposição Interactiva	Computador e LCD Papel e caneta	26' 10'
<u>CONCLUSÃO</u>	AFIRMATIVO	EXPOSIÇÃO	COMPUTADOR PROJECTOR	2'

O ÁLCOOL É UMA DROGA?

“é toda a substância que, introduzida no organismo, pode modificar uma ou mais funções deste ...”

OMS

O ALCOOL É UMA DROGA?

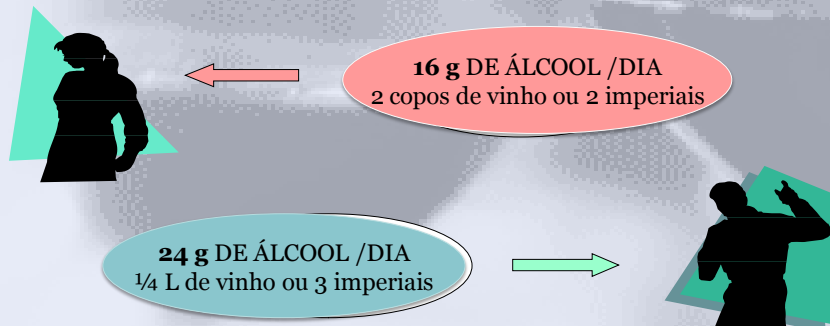
- Grupo 1: ópio e derivados (morfina, heroína,...);
- Grupo 2: barbitúricos e álcool;
- Grupo 3: cocaína e anfetaminas;
- Grupo 4: LSD, carabinóides, tabaco, etc.



Álcool: Uso

Consumo moderado

Uso de álcool, é considerado um padrão de consumo de baixo risco para a saúde, aplicável a um adulto saudável.



Repartidos pelas 2 principais refeições
Evitar bebidas destiladas

OMS 1987



Álcool: Abuso

Abuso de álcool, é considerado um padrão de utilização abusiva e repetida do álcool, com consequência adversas recorrentes e significativas em várias áreas da vida:

- ✓ Situação de intoxicação alcoólica crónica
- ✓ Incumprimento de obrigações
- ✓ Colocar-se ou colocar os outros em situação de perigo físico (ex: condução com álcool)
- ✓ Danos graves na área da saúde, familiar, social, profissional
- ✓ Problemas judiciais
- ✓ Ausência de dependência - controlo da situação / é possível voltar a um consumo moderado.

Estima-se que exista em Portugal cerca de **750 mil** bebedores excessivos.



Álcool: Dependência

Dependência de álcool

o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com este

É considerado um padrão de auto-administração repetida de álcool, que resulta em:

- a) **Tolerância** – mais quantidade para conseguir os mesmos efeitos
- b) **Craving** – compulsão para o consumo da substância
- c) **Abstinência** – necessidade da substância para funcionar

Estima-se que exista em Portugal cerca de **580 mil** doentes alcoólicos.

Efeitos do álcool



E ainda,

- Anemias, estados de subnutrição e avitaminosos;
- Doenças cardiovasculares e respiratórias diversas;
- Doenças da pele; Esterilidade e perturbações sexuais;
- Aumento da probabilidade de cancro
- Agravamento das situações infecciosas
- Diminuição da esperança de vida
- Envelhecimento precoce

Álcool: Uso, abuso e dependência

Instrumentos auxiliares de diagnóstico - CAGE

C – *Cut Down* – Diminuir
A – *Annoyed* – Aborrecido/Irritado
G – *Guilty* – Culpa
E – *Eye Opener* – Beber de manhã

1. Alguma vez senti que tinha de parar ou diminuir o consumo de álcool?
2. Alguma vez me senti incomodado por críticas alusivas ao meu consumo de álcool?
3. Alguma vez me senti culpado por causa do meu consumo de álcool?
4. De manhã, alguma vez tive de beber para combater a ressaca?

Resultados

- 1 ou 2 respostas "sim" – Pode haver risco de alcoolismo e deve procurar especialista para avaliar a situação
- 3 respostas "sim" - Provavelmente problema de dependência
- 4 respostas "sim" – Está numa situação de dependência alcoólica devendo procurar ajuda especializada



Falsos conceitos

O ÁLCOOL **NÃO FACILITA AS RELAÇÕES SOCIAIS**

O álcool em quantidades moderadas tem um efeito desinibidor que parece facilitar a convivência (desinibição sexual).



Difícil controlar os consumos nesse ponto



**RELAÇÃO SOCIAL SUPERFICIAL
E ARTIFICIAL.**



Falsos conceitos

O Álcool **Não** Aquece

Vasodilatação periférica



Diminuição da temperatura corporal (central)



Quando o sangue regressa ao coração há necessidade de o organismo despende energia no restabelecimento da sua temperatura.



Falsos conceitos

O Álcool **Não** hidrata

O consumo de bebidas alcoólicas



Metabolismo de álcool



Eliminação através de urina e sudorese



Exige mais de água



Falsos conceitos

O Álcool **Não** fornece energia

O álcool tem um efeito estimulante e anestésico



disfarça o cansaço



o organismo vai gastar ainda mais energias para metabolizar o álcool que se encontra no fígado.



Falsos conceitos

O Álcool **Não** Ajuda o processo digestivo

peristaltismo estomacal aumentado



alimentos passem precocemente para o intestino sem estarem devidamente digeridos



aparecimento de gastrites e de úlceras.



Falsos conceitos

O Álcool Não é um nutriente

Álcool – Valor calórico = 7,1 calorias por grama



A "energia alcoólica", ao contrário de outras fontes energéticas (por exemplo, os lípidos e glícidos), não é armazenada de forma eficiente, dissipando-se como calor.



O álcool é por isso chamado de fonte de "caloria vazia" ou não aproveitável bioquimicamente.

Falsos conceitos

O Álcool Não é um fármaco

provoca apenas uma excitação e anestesia passageira



Pode mascarar sintomas de situações patológicas





Obrigada pela atenção

Questionário CAGE

Nome _____

Data: ____/____/____

1. Alguma vez sentiu que tinha de parar ou diminuir o consumo de álcool?

SIM ☐ NÃO ☐

2. Alguma vez se sentiu incomodado por críticas alusivas ao consumo de álcool?

SIM ☐ NÃO ☐

3. Alguma vez se sentiu culpado por causa do seu consumo de álcool?

SIM ☐ NÃO ☐

4. De manhã, alguma vez teve de beber para combater a ressaca?

SIM ☐ NÃO ☐

OBRIGADA

ANEXO XIX - Questionário de avaliação da sessão

Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

TEMA: _____ DURAÇÃO _____

LOCAL: _____ DATA: _____

HORÁRIO: _____

A sua opinião sobre a acção de formação em que acaba de participar é extremamente importante por forma a que possamos melhorar o nosso desempenho em futuras sessões de Educação para a Saúde.

Solicitamos que responda às seguintes questões

1.	Avaliação global da sessão		1	2	3	4	5	
1.1	Globalmente a sessão agradou-lhe?	Pouco						Muito
1.2	O desenvolvimento dado à sessão pareceu-lhe adequado ao seu nível de conhecimentos?	Inadequado						Adequado

2.	Relativamente aos conteúdos considera que:		1	2	3	4	5	
2.1	O tema abordado foi	Pouco interessante						Muito interessante
2.2	O tema foi	Pouco aprofundado						Muito aprofundado
2.3	Este tema tem	Pouca utilidade						Muita utilidade

3.	Relativamente ao formador		1	2	3	4	5	
3.1	Dominava as matérias	Fraco domínio						Bom domínio
3.2	Conseguiu motivar os participantes	De forma suficiente						De forma excelente
3.3	Foi claro nas intervenções	Pouco claro						Muito claro
3.4	Incentivou a participação	Fraco incentivo						Forte incentivo

4.	Relativamente à organização da sessão		1	2	3	4	5	
4.1	A duração da sessão foi	Insuficiente						Mais que necessário
4.2	O horário da sessão foi	Inadequado						Totalmente adequado

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO XX - Decreto-Lei n. 221/2007 de 29 de Maio

3516

mapas para o nível II previstos no Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto.

Artigo 16.º

Regime transitório

Até à aprovação do regulamento de pessoal, mantém-se em vigor o Despacho Normativo n.º 46/2005, de 19 de Outubro, bem como o despacho conjunto n.º 419/2005, de 27 de Maio.

Artigo 17.º

Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho.

Artigo 18.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 22 de Fevereiro de 2007. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *António Luís Santos Costa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *António Fernando Correia de Campos*.

Promulgado em 12 de Abril de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 16 de Abril de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Decreto-Lei n.º 221/2007

de 29 de Maio

No quadro das orientações definidas pelo programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) e dos objectivos do Programa do Governo no tocante à modernização administrativa e à melhoria da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência, importa concretizar o esforço de racionalização estrutural consagrado no Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, que aprovou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, avançando na definição dos modelos organizacionais dos serviços que integram a respectiva estrutura.

No âmbito deste diploma é mantido o Instituto da Droga e da Toxicodependência, que fora criado pelo Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de Novembro, e que passa agora a designar-se Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., absorvendo as atribuições dos Centros de Alcoologia do Centro, Norte e Sul que são extintos.

O fenómeno da droga e da toxicodependência, apesar do muito que tem sido feito para o combater, aliás, com resultados visíveis, seja na diminuição drástica da taxa de criminalidade com ele relacionado, seja em termos de saúde pública, pelo controlo da propagação de doenças dele decorrentes, obriga, ainda na actualidade, dado o seu carácter transversal, a uma especial atenção e cuidado, atendendo aos novos aspectos sob que se

Diário da República, 1.ª série — N.º 103 — 29 de Maio de 2007

apresenta, nomeadamente no que respeita ao consumo das drogas sintéticas, realidade completamente nova no nosso País, não apenas pelas características das substâncias consumidas, em si mesmas, como pelas características dos próprios consumidores e das circunstâncias locais, sociais e outras, em que o consumo se processa.

A dimensão do fenómeno ultrapassa, porém, o consumo de substâncias estupefacientes e psicotrópicas, por definição ilícitas, já que se estende ao consumo de substâncias lícitas, como seja o álcool, cujos consumidores se iniciam em idades cada vez mais precoces.

Impõe-se, por isso, a manutenção, na tutela do Ministério da Saúde, de um organismo dedicado, exclusivamente, ao estudo e ao combate daquele fenómeno, no seu sentido mais amplo.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 9.º da Lei n.º 3/2004, de 15 de Janeiro, e nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Natureza

1 — O Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., abreviadamente designado por IDT, I. P., é um instituto público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa e património próprio.

2 — O IDT, I. P., prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respectivo ministro.

Artigo 2.º

Jurisdição territorial e sede

1 — O IDT, I. P., é um organismo central e exerce a sua actividade sobre todo o território nacional.

2 — O IDT, I. P., tem sede em Lisboa.

3 — O IDT, I. P., dispõe de cinco serviços descentralizados designados delegações regionais, correspondendo o seu âmbito de actuação ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) do continente.

Artigo 3.º

Missão e atribuições

1 — O IDT, I. P., tem por missão promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências.

2 — São atribuições do IDT, I. P.:

a) Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional e das políticas de luta contra a droga, o álcool e as toxicodependências e na sua avaliação;

b) Planejar, coordenar, executar e promover a avaliação de programas de prevenção, de tratamento, de redução de riscos, de minimização de danos e de reinserção social;

c) Apoiar acções para potenciar a dissuasão dos consumos de substâncias psicoactivas;

d) Licenciatar as unidades de prestação de cuidados de saúde na área das toxicodependências, nos sectores social e privado, definindo os respectivos requisitos técnico-terapêuticos, e acompanhar o seu funcionamento e cumprimento, articulando com a administração Central do Sistema de Saúde, I. P., sem prejuízo da com-

petência sancionatória da Entidade Reguladora da Saúde;

e) Desenvolver, promover e estimular a investigação e manter um sistema de informação sobre o fenómeno das drogas e das toxicodependências que lhe permita cumprir as actividades e objectivos enquanto membro do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT);

f) Assegurar a cooperação com entidades nacionais e internacionais nos domínios da droga, do álcool e das toxicodependências.

3 — Para a prossecução das suas atribuições, o IDT, I. P., pode articular-se, em termos a definir pelo conselho directivo, com:

a) Serviços e organismos do Ministério da Saúde, ou de outros ministérios com assento no Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência e com outras entidades do sector público, social, privado e cooperativo, designadamente os representados no Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência, a nível nacional;

b) Entidades internacionais com intervenção em matéria de luta contra a droga, o álcool e as toxicodependências, sem prejuízo das atribuições do Ministério dos Negócios Estrangeiros na formulação e condução da política externa.

4 — Para a definição das linhas de orientação técnica para a intervenção na área do álcool, o IDT, I. P., articula-se com os serviços centrais que têm a seu cargo a promoção da saúde em geral e da saúde mental em particular.

5 — Os serviços e os organismos da Administração Pública e as organizações privadas devem comunicar ao IDT, I. P., os dados e informações relativos à sua actividade que lhes sejam solicitados para prossecução das respectivas atribuições.

6 — O IDT, I. P., pode celebrar acordos ou convenções, nas áreas da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção de toxicodependentes e alcoólicos, com as entidades públicas ou privadas que se encontrem licenciadas ou autorizadas a funcionar.

Artigo 4.º

Órgãos

1 — São órgãos do IDT, I. P.:

- a) O conselho directivo;
- b) O conselho consultivo.

2 — Junto do IDT, I. P., funcionam ainda:

- a) O Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência;
- b) A Comissão de Ética para a Saúde.

Artigo 5.º

Conselho directivo

1 — O IDT, I. P., é dirigido por um conselho directivo composto por um presidente e dois vogais.

2 — Sem prejuízo das competências que lhe forem cometidas por lei, ou nele delegadas ou subdelegadas, compete, ainda, ao conselho directivo:

- a) Desenvolver e promover a formação dos recursos humanos do IDT, I. P.;

b) Elaborar pareceres, estudos e informações que lhe sejam solicitados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;

c) Atribuir licenças de funcionamento das unidades privadas de prestação de cuidados de saúde na área da toxicodependência;

d) Elaborar, apreciar e divulgar estatísticas sobre o movimento assistencial do IDT, I. P., incluindo o das unidades privadas convencionadas;

e) Apreciar queixas e reclamações apresentadas por utentes e tomar as medidas adequadas à sua resolução, sem prejuízo das competências de outras entidades designadamente da Entidade Reguladora da Saúde;

f) Aplicar coimas de acordo com o estipulado no n.º 1 do artigo 63.º do Decreto-Lei n.º 16/99, de 25 de Janeiro, sem prejuízo da competência sancionatória da Entidade Reguladora da Saúde.

3 — O conselho directivo pode:

a) Delegar, com a faculdade de subdelegação, em um ou mais dos seus membros, ou nos dirigentes do IDT, I. P., competências que lhe estão atribuídas;

b) Distribuir entre os seus membros, sob proposta do presidente, a gestão das várias áreas de funcionamento do IDT, I. P.

4 — A distribuição de áreas prevista no número anterior envolve a delegação de poderes correspondentes às competências inerentes às áreas em causa, devendo o conselho directivo fixar expressamente os limites das delegações de poderes e mencionar ou não a faculdade de subdelegação.

5 — Compete ao presidente do conselho directivo do IDT, I. P.:

a) Exercer, por inerência, as funções de coordenador nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência, nos termos previstos nos artigos 7.º a 10.º do Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de Janeiro;

b) Assegurar a coordenação da representação portuguesa a nível internacional em matéria de luta contra a droga, o álcool e as toxicodependências, sem prejuízo das atribuições do Ministério dos Negócios Estrangeiros na formulação e condução da política externa;

c) Celebrar protocolos de cooperação com entidades homólogas internacionais, no âmbito da luta contra a droga, o álcool e as toxicodependências;

d) Praticar os actos urgentes da competência do conselho directivo sempre que este não possa reunir em tempo útil;

e) Presidir ao conselho consultivo.

Artigo 6.º

Conselho consultivo

1 — O conselho consultivo é o órgão de consulta, apoio e participação na definição das linhas gerais de actuação do IDT, I. P., e nas tomadas de decisão do conselho directivo.

2 — Compete ao conselho consultivo:

a) Apreciar os relatórios periódicos que o IDT, I. P., tenha o dever legal de apresentar junto de entidades internas e externas;

b) Emitir parecer sobre quaisquer assuntos que lhe sejam solicitados pelo presidente;

c) Emitir parecer sobre o respectivo regulamento interno.

3 — O conselho consultivo tem a seguinte composição:

- a) O presidente do conselho directivo, que preside;
- b) Os responsáveis pelos departamentos dos serviços centrais;
- c) Um representante do Alto Comissariado da Saúde;
- d) Um representante da Direcção-Geral da Saúde;
- e) Cinco especialistas independentes, de reconhecido mérito nas áreas da droga, do álcool e da toxicodependência.

4 — O conselho consultivo reúne, ordinariamente, pelo menos, duas vezes por ano e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo seu presidente, por sua iniciativa, ou por solicitação do conselho directivo, ou a pedido de um terço dos seus membros.

5 — Podem participar nas reuniões, sem direito a voto, por convocação do respectivo presidente, mediante proposta do conselho directivo, quaisquer pessoas ou entidades cuja presença seja considerada necessária para esclarecimento dos assuntos em apreciação.

Artigo 7.º

Comissão de Ética para a Saúde

1 — A Comissão de Ética para a Saúde (CES) tem o mandato e competências constantes do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio.

2 — Compete ao presidente do conselho directivo designar os membros da Comissão de Ética para a Saúde, cabendo ao conselho directivo a respectiva homologação.

3 — A Comissão de Ética para a Saúde elabora e aprova o respectivo regulamento interno.

Artigo 8.º

Organização interna

A organização interna do IDT, I. P., é a prevista nos respectivos estatutos.

Artigo 9.º

Estatuto dos membros do conselho directivo

Aos membros do conselho directivo do IDT, I. P., é aplicável o regime definido na lei quadro dos institutos públicos e, subsidiariamente, o fixado no estatuto do gestor público.

Artigo 10.º

Regime de pessoal

Ao pessoal do IDT, I. P., é aplicável o regime jurídico do contrato individual de trabalho.

Artigo 11.º

Receitas

1 — O IDT, I. P., dispõe das receitas provenientes de dotações que lhe forem atribuídas no Orçamento do Estado.

2 — O IDT, I. P., dispõe ainda das seguintes receitas próprias:

- a) As recompensas, objectos, direitos ou vantagens previstos nas alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro;

b) As receitas dos jogos sociais, previstas no n.º 6 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de Março, que lhe forem atribuídas por lei;

c) As importâncias cobradas por serviços prestados a entidades públicas ou privadas, nacionais ou internacionais;

d) As importâncias cobradas pelo tratamento de toxicodépendentes ou alcoólicos, beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, dos subsistemas de saúde, das Regiões Autónomas e dos regimes de reclusão;

e) As quantias cobradas pela venda das publicações e outros trabalhos por si realizados ou editados;

f) Os valores cobrados pela organização ou participação em acções de formação ou científicas que empreender e devam ser objecto de remuneração;

g) As dotações que forem destinadas ao IDT, I. P., no âmbito das instituições da União Europeia, designadamente as relativas a acções apoiadas por fundos comunitários;

h) Os subsídios, subvenções, quotizações e participações, doações, heranças ou legados concedidos por quaisquer entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras;

i) Os rendimentos de bens mobiliários ou imobiliários de que, a qualquer título, frua e o produto da alienação de bens próprios e da constituição de direitos sobre eles, nos termos da lei;

j) Quaisquer outras receitas que por lei, contrato ou outro título lhe sejam atribuídas.

3 — As receitas próprias referidas no número anterior são consignadas à realização de despesas do IDT, I. P., durante a execução do orçamento do ano a que respeitam, podendo os saldos não utilizados transitar para o ano seguinte, nos termos do decreto-lei de execução orçamental.

Artigo 12.º

Despesas

Constituem despesas do IDT, I. P., as que resultem de encargos decorrentes da prossecução das respectivas atribuições, designadamente os subsídios atribuídos nos termos do Decreto-Lei n.º 186/2006, de 12 de Setembro.

Artigo 13.º

Património

O património do IDT, I. P., é constituído pela universalidade dos bens, direitos e obrigações de que é titular.

Artigo 14.º

Sucessão

O IDT, I. P., sucede nas atribuições dos centros regionais de alcoologia.

Artigo 15.º

CrITÉRIOS de selecção do pessoal

É definido como critério geral e abstracto de selecção do pessoal necessário à prossecução das atribuições do IDT, I. P., o exercício de funções nos centros regionais de alcoologia.

NEXO XXI – Formação “Redução de Riscos em Contexto Académico”



MINISTÉRIO DA SAÚDE

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO



Dec. Reg. N.º 35 / 2002 de 23 Abril

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P.
Praça de Alvalade, N.º 7 – 5.º ao 13.º andar • 1700 – 036 Lisboa

NIPC: 506452654

Unidade Formativa Acreditada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.
Processo N.º 094/25-09-2002, nos termos da Portaria N.º 782 / 97, de 29 de Agosto



Certifica-se que **Maria Cristina da Silva Amorim**, natural de **Santa Maria da Feira**, nascida a **01/05/1965**, nacionalidade **Portuguesa**, sexo **Feminino**, portadora do **Bilhete de Identidade n.º 7412760**, emitido pelo **SIC de Lisboa**, em **24/10/2001**, frequentou de **18 de Março** a **18 de Maio de 2009**, com a duração total de **20 Horas**, a Acção de Formação:

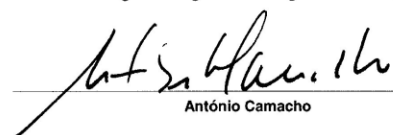
«REDUÇÃO DE RISCOS EM CONTEXTO ACADÉMICO»

Organizada e promovida pelo **Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P.**



Faro, 22 de Setembro de 2009

O Delegado Regional do Algarve do IDT, I.P.


António Camacho

Certificado N.º 8 (ETEP)

2009

IDT, I.P.

DRA - CRI Algarve



ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada

DFP
Departamento
de Formação
Permanente

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
(Dec. Reg. Nº 35/2002 de 23 de Abril)

Certifica que **Maria Cristina da Silva Amorim**, natural de Santa Maria da Feira, nascida a 01/05/1965, portadora do B.I. nº 7412760, emitido em 24/10/2001, pelo Arquivo de Identificação de Lisboa, concluiu em 23 de Junho de 2009 o curso de Formação Profissional:

**DINÂMICAS DE GRUPO E JOGOS PEDAGÓGICOS
NA PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

que decorreu nos dias 22 e 23 de Junho de 2009, no Centro de Respostas Integradas de Évora, com a duração total de 14 horas.

Certificado nº. 0843/2009

Lisboa, 23 de Junho de 2009



Entidade acreditada nº 189

O **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**
Departamento de Formação Permanente
Rua Jardim do Tabaco, 44
1149-040 LISBOA - Telef. 8811700
José A. Carvalho Teixeira
Director